

ACADÉMIE DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

COCHIN PORT-ROYAL

Année 1970

1971

THÈSE

N

15

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Philippe JANNON

né le 24 février 1939 à PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

SEQUELLES TARDIVES DES GASTRECTOMIES
POUR ULCERES GASTRO-DUODENaux

Président : Monsieur H. PEQUIGNOT Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554017_0004

FACULTÉ DE MÉDECINE

COCHIN PORT-ROYAL

Année 1970

THÈSE

N

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Philippe JANNON

né le 24 février 1939 à PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

**SEQUELLES TARDIVES DES GASTRECTOMIES
POUR ULCERES GASTRO-DUODENaux**

Président : Monsieur **H. PEQUIGNOT** Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

DOCTEUR J. J. J.

DOCTEUR J. J. J.

DOCTEUR J. J. J.

DOCTEUR J. J. J.

DOCTEUR J. J. J.



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT

Professeur de Clinique Médicale

Médecin de l'Hôpital COCHIN

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.

Nous le remercions de son bienveillant accueil, et nous le prions
de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse
gratitude.

AU PROFESSEUR J. GUERRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de PARIS

Médecin des Hôpitaux

qui nous a proposé le sujet de cette Thèse

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur M. COUAILLIER

Médecin de l'Hôtel-Dieu de PROVINS

A Monsieur le Docteur G. H. LUTHEREAU

Ancien Interne des Hôpitaux de la Seine

Chirurgien de l'Hôpital de MONTERAU

qui nous ont fait l'honneur d'être Interne dans leur Service ;
en reconnaissance de leurs conseils et de l'intérêt constant
qu'ils nous ont toujours témoigné.

A Monsieur le Docteur Cl. MATUCHANSKY

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de PARIS

qui a bien voulu nous aider dans l'élaboration de cette Thèse,
en témoignage de notre reconnaissance.

A MES PARENTS

A MA FEMME

SEQUELLES TARDIVES DES GASTRECTOMIES POUR ULCERES GASTRO-DUODENAU

- INTRODUCTION -

-oOo-

Depuis l'ouverture du service de Médecine Interne du Professeur PEQUIGNOT le 16 Novembre 1966, à l'Hôpital COCHIN de PARIS, nous avons étudié systématiquement les malades gastrectomisés pour ulcère de l'estomac et du duodénum depuis 3 ans au moins. Parmi les 5.967 hospitalisés, nous avons recensé, jusqu'au 1er Septembre 1970, les 100 premières gastrectomies, et nous avons essayé de mettre en évidence les séquelles tardives de cette intervention.

Les séquelles tardives de la gastrectomie (pour ulcère ou néoplasme) ont déjà été longuement étudiées, comme en témoigne la bibliographie. Cependant, ces études ne sont pas comparables du fait qu'elles ont été réalisées :

- soit par des chirurgiens, qui, généralement, ne peuvent suivre longtemps ou revoir leurs malades ; ceux-ci retournant consulter leur médecin traitant,
- soit par des services spécialisés ne recevant que des malades atteints de complications, ce qui, sur le plan des statistiques, risque de porter un discrédit sur la gastrectomie,
- soit par des groupements professionnels rattachés (S.N.C.F., Armée, etc ...) ou ethniques (A.F.N., etc ...) ce qui sélectionne déjà la population.

L'intérêt et l'originalité de notre étude sont dus aux raisons suivantes :

- Etude des malades "TOUT VENANT", c'est-à-dire, hospitalisés pour des raisons souvent sans rapport avec leur passé digestif ; ce qui permet de déceler des cas qui n'auraient sans doute jamais consulté pour leur gastrectomie.
- Existence d'un service de Médecine Interne, nouvellement créé, donc encore peu connu ; ce qui évite un recrutement systématique des gastrectomisés.
- Etude systématique des gastrectomisés pour ulcères hospitalisés dans le service, mais qui ne permet pas toujours des observations médicales complètes ; nous n'avons, en effet, rejeté aucun cas, même si l'observation est très fragmentaire :
 - . soit que le malade ne soit resté que trop peu de temps dans le service pour une étude poussée
 - . soit que la maladie ayant entraîné l'hospitalisation ne permette pas de pratiquer un bilan définitif de la gastrectomie.

Chez ces malades, nous avons étudié et consigné successivement :

- 1 - la répartition des gastrectomies selon le sexe
- 2 - l'âge moyen et le poids moyen des gastrectomisés
- 3 - l'ancienneté moyenne de la gastrectomie
- 4 - les motifs de l'intervention
- 5 - le siège de l'ulcère
- 6 - le type de la gastrectomie
- 7 - les motifs de l'hospitalisation actuelle
- 8 - les séquelles tardives (c'est-à-dire, apparaissant ou persistant 3 ans après l'intervention)
 - . séquelles cliniques
 - . séquelles biologiques

9 - les associations morbides :

- . tuberculose antérieure ou postérieure à la gastrectomie
- . tabagisme et éthylisme
- . troubles psychiques

10 - les résultats sur le plan - gastrique

- social

11 - conclusions.

-oOo-

OBSERVATION N° 1 Mr Bensh Nersod 59 ans

- Hospitalisé dans le service pour épigastralgies et diarrhée .
- Gastrectomisé 10 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : Stomite .
 - générales : Asthénie - Insomnie .
 - fonctionnelles : douleurs post-prandiales précoces et permanentes
Syndrome du petit estomac .
- Signes biologiques :
 - NSF, B 12 , Ca, : Normaux .
 - Protides : 67,50 g
 - Hypoglycémie post-prandiale : 0,70 g.
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de l'anastomose .
- Habitudes :
 - tabac : un paquet et demi.
 - éthyle : nul .

RESULTATS - Gastrique : bon .
 - Social : mauvais .

=====

OBSERVATION N° 2 : Mr Ca Fernand 50 ans

- Admis dans le service avec le diagnostic d'embolie pulmonaire.
- Gastrectomisé il y a 23 ans , et ne présentant depuis aucune séquelle fonctionnelle, locale ou générale .
- Signes biologiques :
 - NSF, glycémie, fer sérique, : Normaux .
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de l'anastomose.
- On note un amaigrissement depuis la gastrectomie de 14 kg.
- Association morbide :
 - Tuberculose génito-urinaire il y a 8 ans.
 - Troubles psychiques : angoisse.
- Maladies antérieures : Tuberculose pulmonaire et Pott dorso-lombaire.

RESULTATS - Gastrique : Bon .
 - Social : Bon .

=====

- RESULTATS
- Gastrique : Bon .
 - Social : mauvais (cécité).

OBSERVATION N° 4 : Mr. Cler..... Pierre 66 ans

- RESULTATS - Gastrique : Bon .
- Social : mauvais (SDF) .

OBSERVATION n° 5. Mr Corni André 55 ans

- Hospitalisé pour tuberculose pulmonaire
- Gastrectomisé 15 ans auparavant et ne présentant depuis aucune
sequelle fonctionnelle ou locale;
On note un amaigrissement de 1 Kg depuis 1 an
- Signes biologiques : en faveur d'une cirrhose éthylique associée
à la tuberculose pulmonaire.
- Habitudes : tabac un paquet et demi
: éthyle : non précisé

RESULTATS - Gastrique : bon
- Social : bon

=====

OBSERVATION n° 6 : Mme Dup... Madeleine 68 ans

- Admise dans le service pour état subfébrile post-grippal.
- Gastrectomisée il y a 20 ans et présentant depuis des sequelles:
 - locales : Stomite
 - Generales : Douleurs osseuses, osteomalacie avec tassement
de L 3 et un amaigrissement, insuffisance
 - Fonctionnelles : nulle surrenale ++
- Signes biologiques - N.S.F., glycémie, B12, fer sérique: Normaux
 - Protides : 61 g
 - Ca : 93 g
 - Diminution 17 - ceto ; 17 - OH .
- Le transit gastro-duodenal montre de très gros plis au niveau
de l'anastomose.
- Habitudes - tabac : un paquet
- éthyle : un litre de vin
- Maladies post-gastrectomie:
 - tuberculose pulmonaire para-hilaire droite
 - hémiplegie droite régressive
 - artérite des membres inférieurs et HTA.
 - epithélioma baso-cellulaire du nez, traité
par radio thérapie

RESULTATS - Gastrique : bon
- Social : bon

OBSERVATION n° 7 : Mr Lang Pierre 49 ans

- Hospitalisé pour syndrome digestif: dysphagie, régurgitation, vomissements
- Gastrectomisé il y a 5 ans et qui présente actuellement des sequelles:
 - locales : Cancer du moignon gastrique.
 - générales : amaigrissement de 5 Kg depuis la gastrectomie .
asthenie marquée .
 - Fonctionnelles : diarrhée acqueuse post-prandiale tardive .
: vomissements de liquide gastrique.
: dysphagie
- Signes biologiques : non précisés
- Habitudes
 - tabac : un paquet
 - ethyle : un litre

RESULTATS - Gastrique : bon (selon le malade)

 - Social : non précisé

=====

OBSERVATION n° 8 : Mr. Mail Robert 57 ans

- Admis dans le service pour bronchite aigue et fracture spontanée de trois cotes .
- Gastrectomisé 27 ans auparavant et ne présentant comme .sequelle qu'une osteomalacie.
- Signes biologiques
 - NSF, glycémie, B12 : Normaux
 - Ca : 90 g
 - Cholestérol total : 1,45 g
- Le transit gastro-duodenal montre un bon fonctionnement de l'anastomose.
- Antécédants avant la gastrectomie: Tuberculose pulmonaire.
- Habitudes
 - tabac : un paquet
 - éthyle : un litre et demi de vin.

RESULTATS - Gastrique : bon
 - Social : bon

=====

- RESULTS - GASTrique : Mauvais
- Social : Bon (retraité)

OBSERVATION n° 10 : Mr Hil..., Etienne 84 ans

- Admis dans le service pour anasarque avec épanchement pleural et atteinte de l'état général.
- Gastrectomisé il y a 30 ans et ne présentant aucune séquelle fonctionnelle ni locale (vérification).
On note une asthénie et une anorexie.
- Signes biologiques
 - NSF, glycémie : Normaux.
 - Protides : 45 g.

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : décédé .

- 9 -

OBSERVATION n° 11 : Mr. Var Leon 60 ans

- Admis dans le service pour pneumopathie aigue.
- Gastrectomisé 21^{re} ans auparavant et présentant depuis aucune séquelle locale , mais un syndrome du petit estomac , avec un amaigrissement de 38 Kg depuis l'intervention.
- Signes biologiques
 - NSF, glycémie : Normaux
 - Protides : 63,5 g
- Habitudes
 - tabac : un paquet
 - éthyle : un litre de vin
- Maladies ultérieures : Miliare froide du poumon droit il y a un an, ayant entraîné une insuffisance respiratoire chronique.

RESULTATS

- Gastrique : bon (selon le malade).
- Social : mauvais (quatre changements de profession).

=====

OBSERVATION n° 12 : Mr Delav Renaud 46 ans

- Hospitalisé pour éthylisme aigu.
- Gastrectomisé il y a trois ans et ne présentant depuis que des séquelles générales :
 - asthénie
 - amaigrissement
 - impuissance
- Signes biologiques
 - NSF, glycémie, B 12 : Normaux.
- Le transit gastro-duodénal montre une hernie hiatale avec passage rapide.
- Habitudes : éthyle ++ : cognac
tabac : non précisé.

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : mauvais.

=====

OBSERVATION n° 15 : Mr Menca.... Henri 75 ans

- Admis dans le service pour bloc auriculo-ventriculaire , chez un dementiel .
- Gastrectomisé 14 ans auparavant et présentant les séquelles :
 - locales : nulles (vérification anatomique)
 - générales : anorexie .
 - fonctionnelles : dumping-syndrome frustré ? (Psychisme)
- Signes biologiques : les protides sont normaux .
: anémie à 2 670.000 G.R.
- Habitudes non précisées.

RESULTATS

- Gastrique : ? en raison du psychisme
- Social : décédé par bloc A.V. et O.A.P.

=====

OBSERVATION n° 16 : Mr Mal ... Marcel 50 ans

- Hospitalisé pour hématurie, hémoptysie et lombalgies.
- Gastrectomisé il y a 24 ans et ne présentant depuis aucune sequelle locale, fonctionnelle ou général e.
- Signes biologiques : N.S.F. , glycémie : Normaux
Pas de B.K. ; U.I.V. , : Normale
- Maladies ultérieures
 - tuberculose pulmonaire il y a un an
 - artérite des membres inférieurs
- Habitudes non précisées.

RESULTATS

- Gastrique : bon
- Social : non précisé

=====

OBSERVATION n° 17 : Mr. Ewe... Henri 50 ans

- Admis dans de service pour malaise sur la voie publique avec perte de connaissance .
- Gastrectomisé il y a 10 ans et ne présentant depuis aucune sequelle locale ou fonctionnelle .
On note un amaigrissement de plusieurs Kg.
- Signes biologiques : sensiblement normaux
 - NSF, lipides, cholestérol total, Ca, glycémie, et B 12 : Normaux
 - Fer sérique : 85 gamma .
 - B. K. : négatif
- Habitudes
 - tabac : un demi paquet
 - éthyle : un litre de vin .
- Maladies ultérieures : Bronchite chronique avec emphysème.

RESULTATS - Gastrique : bon
 - Social : mauvais (Invalidité).

=====

OBSERVATION n° 18 : Mr. Mart.... Jean 36 ans

- Admis pour malaise avec lipothymie
- Gastrectomisé 7 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales ; gastrite hémorragique (fibroscopie 3 ans après)
 - générales : asthénie sans amaigrissement
 - fonctionnelles: Dumping-syndrome frustré avec diarrhée ac
- Signes biologiques - NSF, Ca , : Normaux
 - hypoglycémie post-prandiale.
- Habitudes
 - tabac : un paquet
 - éthyle : +
- Maladies ultérieures : angoisse, tachycardie supra-ventriculaire à déclenchement post- prandial.

RESULTATS - Gastrique : bon (selon le malade)
 - Social : mauvais

- Admis pour troubles du comportement et désorientation.
- Gastrectomisé 11 ans auparavant et ne semblant pas souffrir de séquelles locales ou fonctionnelles.
On note cependant un amaigrissement.
- Signes biologiques - NSF, glycémie, Ca , : Normaux
 - B 12 : 10 %
 - Ponction biopsique du foie : Normale
- Habitudes non précisées.
- Maladies ultérieures : Troubles psychiques. (artériosclérose céréb

RESULTATS

- Gastrique : bon.
- Social : décédé.

OBSERVATION n ° 20 : Mr. Rid..... André 72 ans

- Hospitalisé pour cirrhose décompensée.
- Gastrectomisé depuis 25 ans et ayant présenté depuis une hématochezie et une altération progressive de l'état général sans séquelle fonctionnelle.
- Signes Biologiques : Anémie à 2 490.000 G.R.
: Tests hépatiques de cirrhose
- Habitudes
 - tabac : nul depuis un an.
 - éthyle : plus de deux litres par jour.
- Maladies ultérieures : cirrhose.
: asthme ayant entraîné une insuffisance respiratoire - toire
: adénomectomie.
: épistaxis fréquents.

RESULTATS

- Gastrique : bon.
- Social : décédé.

OBSERVATION n° 20 bis : Mr. Moz..... Lucien 24 ans

- Hospitalisé pour un syndrome digestif : dyspepsie, reflux, douleurs épigastriques permanentes.
- Gastrectomisé 4 ans auparavant et ne présentant actuellement aucune séquelle générale ou locale.
Par contre : douleurs épigastriques permanentes calmées par le décanal : Dumping syndrome frustré .
- Signes biologiques
 - NSF, fer sérique Ca lipides : Normaux
 - Cholestérol total : 1,50 g
 - Hypoglycémie post-prandiale
- Le transit gastro-duodénal montre un fonctionnement satisfaisant l'anastomose.
- Maladies avant la gastrectomie: Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse il y a 11 ans.
- Maladies ultérieures : anémie hypochrome (suivi dans le service du Professeur Siguier)
- Habitudes
 - tabac : quelques cigarettes
 - éthyle : nul

RESULTATS

- Gastrique : bon
- Social : mauvais (rapatrié d'Algérie)

OBSERVATION n° 21 : Mr. Spec.... Giuseppe 44 ans

- Hospitalisé pour éthylisme aigu.
- Gastrectomisé il y a 14 ans et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale
- Pas de signes biologiques retrouvés
- Habitudes
 - tabac : un paquet et demi
 - éthyle : +

RESULTATS

- Gastrique : bon
- Social : non précisé

OBSERVATION n° 22 : Mr Hoa Jean Michel 45 ans

- Hospitalisé pour syndrome digestif: Dumping-syndrome et douleurs épigastriques.
- Gastrectomisé il y a 4 ans et présentant des séquelles :
 - locales : nulle
 - Générales : psychasthénie
 - Fonctionnelles : douleurs
- Signes biologiques: NSF, glycémie, : Normales
- Le transit gastro-duodéal est normal (service du Professeur Cachin).
- Habitudes - tabac : un demi paquet
 - éthyle: plus d'un litre de vin
- Maladies postérieures ;
 - Troubles psychiques -psychasthénie
 - pithiatisme

RESULTATS - Gastrique : mauvais.

 - Social : mauvais (instabilité professionnelle).

=====

OBSERVATION n° 24 : Mr Droa..... Charles 33 ans

- Admis dans le service pour perte de connaissance .
- Gastrectomisé depuis 4 ans et qui a présenté depuis des sèquelles:
 - locales : Stomite, Hématemese et augmentation des plis de la muqueuse.
 - générales : Anorexie, Asthénie, amaigrissement de 13 kg depuis l'intervention.
 - fonctionnelles : douleurs épigastriques
- Signes biologiques - NSF : 3 060.000 G.R.
 - glycémie : normale
- le transit gastro -duodéal a montré une augmentation des plis de la muqueuse, bon fonctionnement de l'anastomose
- Habitudes - tabac : un demi paquet.
 - éthyle : nul.
- Antécédants : Tuberculose pulmonaire avant la gastrectomie.
- Maladies ultérieures: - hématemèse.
 - ictère.
 - pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse.

RESULTATS - Gastrique : mauvais.

 - Social : bon.

=====

OBSERVATION n ° 23 : Mme Bro Marie 82 ans

- Hospitalisée pour décompensation de cirrhose éthylique , à la suite d'une cure de hernie crurale.
 - Gastrectomisée 10 ans auparavant et qui présente comme séquelles:
 - locales : moignon gastrique inflammatoire.
 - générales:amélioration de l'état général sous Cortancyl* amaigrissement de 16 Kg.
 - fonctionnelles: nulle
 - Signes biologiques :
 - Protides, glycémie cholestérol total: Normaux.
 - Anémie : 3 120.000 G.R.
 - Fer sérique 86 gamma.
 - Le transit gastro-duodéal montre :
 - un moignon gastrique très inflammatoire.
 - l'absence d'ulcère peptique.
 - un bon fonctionnement de l'anastomose.
 - Habitudes
 - tabac : non précisé
 - éthyle : ++
 - Laparoscopie faisant apparaître des ganglions d'aspect tuberculoïdes.
- RESULTATS
- Gastrique : bon (selon le malade).
 - Social : bon.

=====

OBSERVATION n ° 25 : Mr. Soil Pierre 56 ans

- Hospitalisé pour pneumopathie staphylococcique.
- Gastrectomisé 18 ans auparavant et qui présente depuis des séquelles :
 - locales : stomite
 - Générales : amaigrissement.
 - fonctionnelles : syndrome du petit estomac, douleurs épigastriques calmées par le décubitus.
- Signes biologiques :- NSF, cholestérol total, Ca : Normaux.
 - Protides:65 g
 - Glycémie : 1,35 g
 - B 12 : 4 %
 - Amylasémie : + 1000 U. (faux kyste pancréatique)
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de l'anastomose
- Habitudes
 - tabac : un demi paquet
 - Ethyle : un litre de vin
- Maladies ultérieures :
 - lithiase vésiculaire opérée
 - cure de hernie inguinale
 - néphrectomie (post-traumatique)
 - sub-occlusion par brides

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : bon.

=====

OBSERVATION n° 26 : Mr Pey Gaston 76 ans

- Hospitalisé pour malaise avec perte de connaissance.
- Gastrectomisé il y a 25 ans et ne présentant aucune séquelle fonctionnelle ou locale .
Bon état général .
- Signes biologiques normaux ; (NSF, glycémie : normales)
- Antécédants : pleuresie purulente
- Habitudes - tabac : deux paquets
 - éthyle : +
- Maladies ultérieures : - diabète, actuellement bien équilibré.
 - bronchite chronique ayant entraîné une insuffisance respiratoire chronique.
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de l'anastomose, mais rétrécissement constant du à un oedème.

RESULTATS - Gastrique : bon.
 - Social : bon.

=====

OBSERVATION n° 27 : Mme Bar Yvonne 59 ans

- Hospitalisée pour un syndrome abdominal aigu avec vomissements.
- Gastrectomisée il y a 25 ans, ne présente pas de séquelle locale, ou fonctionnelle ni d'amaigrissement , mais involution psychique chez une comitiale.
- Signes biologiques - NSF, cholestérol total, Ca, B12 : normaux
 - protides : 68,5 g.
 - glycémie oscillant entre 0,90 et 1,55 g.
 - lipides : 7,70 g.
- Le transit gastro-duodéal montre une anastomose et un moignon gastrique normaux .
- Maladies ultérieures : myomectomie.
 : méningiome latero vertébral → paraplégie → opération
 Evolution : régression paraplégie.

RESULTATS - Gastrique : bon.
 - Social : bon.

=====

OBSERVATION n° 28 : Mr Demov Leon 51 ans

- Hospitalisé pour crise angineuse , avec à l'electro-cardiogramme des signes d'ischémie - lésion .
- Gastrectomisé il y a 18 ans et ne présentant aucune séquelle locale ou générale . Les séquelles fonctionnelles sont vagues et mal précisées par le malade .
- Signes biologiques : - NSF, protides, lipides, cholestérol total,
B 12 , : Normaux
- Antécédants avant gastrectomie : Pleurésie purulente
. tabac : deux paquets
- Depuis la gastrectomie : tabac : nul
éthyle : + de un litre de vin
Névropathie

RÉSULTATS

- Gastrique : bon.
- Social : mauvais.

OBSERVATION n° 29 : Mr Schn Roger 50 ans

- Admis dans le service pour éthyisme aigu.
- Gastrectomisé il y a 19 ans et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle .
Anorexie et amaigrissement de 3 Kg depuis 1 an.
- Signes biologiques - NSF, protides, cholestérol total, glycémie:Normaux.
Ca : 92 g.
- Maladies postérieures à la gastrectomie : Tuberculose pulmonaire.
: Troubles psychiques: anxiété,
: neurotonie
- Habitudes - tabac : trois paquets.
- éthyle : +

RESULTS

- Gastrique : bon.
- Social : mauvais (S.D.F.)

OBSERVATION n° 30 : Mr. Val... Jean Baptiste 69 ans

- Hospitalisé pour insuffisance respiratoire aigue , chez un malade atteint de cirrhose ascitique.
- Gastrectomisé il y a 4 ans et ne présentant depuis aucune séquelle locale (vérification anatomique) ou fonctionnelle.
On retiendra une altération importante de l'état général .
- Signes biologiques - protides : 57 g
 - NSF : 3 500 000 G.R.
 - Cholestérol total : 1,10 g
 - Glycémie : Normale
 - B 12 : 7 %
- Le transit Gastro-duodénal montre :
 - l'absence de lésion du moignon gastrique.
 - une anastomose satisfaisante.
 - pas d'anomalie des anses efférentes.
- Antécédants : 2 ans avant la gastrectomie -
Lobectomie droite pour cancer épidermoïde pulmonaire
- Habitudes - tabac : +
- éthyle : +
- Depuis la gastrectomie : - Artérite des membres inférieurs
: - Hématémèse.

RESULTATS

- Gastrique : bon.
- Social : décédé.

=====

OBSERVATION n° 31 : Mr Bec, Bruno 69 ans

- Admis dans le service pour O.A.P. secondaire à un infarctus antéro - septal.
- Gastrectomisé 20 ans auparavant et ne présentant depuis aucune séquelle générale, locale, ou fonctionnelle.
- Signes biologiques - NSF, protides, : Normaux
 - fer sérique : 60 gamma
 - cholestérol total : 3 g
 - lipides : 8,75 g
 - glycémie 1,25 g - B 12 : 7 %
- Habitudes et antécédants non précisés .
- Depuis la gastrectomie : - Adenomectomie prostatique.
: - Coronarite .

RESULTATS

- Gastrique : bon.
 - Social : décédé.
- =====

OBSERVATION n° 32 : Mme Fouill Marie , 59 ans

- Admise dans le service pour altération de l'état général et pour névrose obsessionnelle.
- Gastrectomisée il y a 4 ans et présentant depuis des séquelles :
 - locales : non précisées
 - générales : asthénie , amaigrissement : 5 Kg
 - Fonctionnelles : Dumping - syndrome avec diarrhée
- Signes biologiques - NSF; protides, cholestérol total, : Normaux
 - Glycémie , Ca , : Normaux
 - Fer sérique : 440 gamma.
- Habitudes : tabac , éthyle : nuls.
- Le transit gastro-duodénal montre un bon passage mais avec un arrêt au niveau de la bouche anastomotique - Dilatation de D 3 .
- Maladies ultérieures : Troubles psychiques: Névrose, anxiété, neurotonie.

RESULTATS - Gastrique : mauvais.
 - Social : Bon.

=====

OBSERVATION n° 33: Mr. Oubdel Abdelkader 64 ans

- Hospitalisé pour bilan ; Asthenie + insuffisance respiratoire et arthralgies diffuses .
- Gastrectomisé il y a 16 ans et présentant actuellement des séquelles:
 - fonctionnelles : sueurs.
 - générales : asthénie , anorexie.
 - locale : non précisées.
- Signes biologiques : NSF, protides, cholestérol total, glycémie: Normaux
- Maladies ultérieures :
 - tuberculose pulmonaire.
 - adenome prostatique.
 - troubles psychiques : excitation.
- Habitudes - tabac : +
 - éthyle : 3 litres de vin + alcools

RESULTATS - Gastrique : bon.
 - Social : bon.

=====

OBSERVATION n° 34 : Mr. Bonit Robert 44 ans

- Admis dans le service pour éthyisme aigu
- Gastrectomisé 21 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle .
On note un amaigrissement de 6 Kg en 3 mois
- Signes biologiques
 - NSF, protides, cholestérol total, glycémie : Normaux
 - Fer sérique : 90 gamma
 - Ca : 92 g
 - Fibroscopie : normale
 - Biopsie: lésions inflammatoires sous-muqueuse
- Le transit gastro-duodénal montre une petite hernie hiatale
- Maladies ultérieures : Tuberculose pulmonaire suivie de pleurésie séro-fibrineuse.
- Habitudes
 - tabac : un paquet
 - éthyle : plus de 2 litres de vin

RESULTATS - Gastrique : bon
 - Social : Mauvais (S.D.F.)

=====

OBSERVATION n° 35 : Mme Koutn Maria 74 ans

- Hospitalisée pour insuffisance cardio- respiratoire.
- Gastrectomisée il y a 9 ans et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale - (sinon osteoporose)
- Signes biologiques: NSF passede 5 050 000 à 2 790 000 G.R. en 2 mois
- Habitudes : un demi paquet de cigarettes.
- Complications post-opératoires de la gastrectomie :
Pleuresie purulente ayant entraîné une atelectasie et une scepticemie à staphylocoques , ainsi qu'une phlebite.
- Décédé par insuffisance cardio-respiratoire; la vérification anatomique a décelé un cancer de la bronche gauche + une insuffisance tricuspidiennne + un syndrome hémorragique traité au Sintrom*
- Le transit gastro-duodénal montre un bon fonctionnement de la bouche anastomotique .

RESULTATS - Gastrique : bon.
 - Social : Décédé.

=====

OBSERVATION n° 36: Mr Barb François 62 ans

- Hospitalisé pour Prédélirium Trémens chez un sujet diabetique mal équilibré et présentant une infection pulmonaire aigue.
- Gastrectomisé 26 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : nulle , confirmé par biopsie
 - générales : amaigrissement de 8 Kg
 - fonctionnelles : Dumping-syndrome avec diarrhée
 - : Lipothymies fréquentes (traitement diabétique mal équilibré)
 - : divers signes fonctionnels en rapport vraisemblablement avec le psychisme du malade .
- Signes biologiques
 - NSF, protides, cholestérol total, fer sérique: Normaux
 - Glycémie : 1 g (après modification du traitement)
- Le transit gastro-duodéal montre :
 - un bon fonctionnement de la bouche anastomotique.
 - pas de lésion organique des anses intestinales.
- Le lavement baryté ne montre aucune lésion organique.
- Habitudes
 - tabac : un paquet .
 - éthyle : 3-4 litres de vin + bières.
- Maladies ultérieures :
 - Encephalose éthylique avec majoration des signes fonctionnels.
 - Traumatisme cranien avec fracture du rocher.

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n° 37 : Mr. Lege Georges 66 ans

- Admis dans le service pour une altération de l'état général avec hyperthermie provoquées par une lithiase vésiculaire .
- Gastrectomisé il y a 4 ans et ne présentant aucune séquelle locale ni fonctionnelle.
On note un amaigrissement important ;
- Signes biologiques . - NSF, glycémie : Normales
 - Protides : 63 g
 - Cholestérol total : 1 g
- Le transit gastro-duodéal montre :
 - une petite hernie hiatale
 - un moignon gastrique normal
 - anses intestinales normales
 - un transit très accéléré
- Habitudes : non précisées.
- Maladies ultérieures : non précisées.

RESULTATS - Gastrique : bon.

- Social : bon.

=====

OBSERVATION n ° 38 : Mr Breh Ernest 70 ans

- Admis dans le service pour cachexie.
- Gastrectomisé 35 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : non précisées.
 - générales : amaigrissement (33 Kg).
 - Fonctionnelles : alternance de diarrhée et de constipation.
: dysphagie, syndrome de reflux acide.
- Signes biologiques :
 - NSF, cholestérol total, fer sérique : Normaux
 - Protides : 65,5 g
 - Glycémie oscillant entre 0,65 et 0,80 g
 - Ca : 94 g
 - B 12 : 1%
- Transit oesophagien : Suspicion de neoformation ulcéroforme
(fibroscopie non pratiquée).
- Lavement baryté et biopsie rectale normaux.
- Antécédants :
 - R. A. A.
 - Suspicion de tuberculose pulmonaire non prouvée;
(signes radiologiques seulement)
- Maladies postérieures : Polyarthrite rhumatoïde.
- Habitudes :
 - tabac ; un paquet.
 - éthyle : nul.

RESULTATS - Gastrique : mauvais.

 - Social : bon.

=====

OBSERVATION n ° 40 = Mr Lecr Eugène 63 ans

- Hospitalisé pour hémorragie intestinale de sang rouge puis noir.
- Gastrectomisé 6 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : nulle (vérifié par fibroscopie)
 - fonctionnelles : nulle.
 - générales : amaigrissement de 13 Kg.
- Signes biologiques : NSF , : 3 400 000 G. R.
 - : Ca : 88 g
 - : Protides, cholestérol total, lipides, fer sérique: Normaux
- Le transit oesophagien montre un diverticule oesophagien et l'absence de varices oesophagiennes.
- Le lavement baryté montre une diverticulose sigmoïdienne.
- Le transit gastro-duodéal montre :
 - un bon fonctionnement de l'anastomose.
 - une absence de lésion gastrique.
- Antécédants : Cataracte bilatérale.
- Habitudes
 - tabac : un paquet.
 - éthyle : un litre de vin.
- Maladies ultérieures :
 - Hémiplégie gauche, lors de la gastrectomie
 - Artérite des membres inférieurs

RESULTATS - Gastrique : bon.

- Social : bon.

=====

OBSERVATION n ° 41 : Mr Coq... André 63 ans

- Hospitalisé pour atteinte de l'état général et dyspnée chez un ancien tuberculeux.
- Gastrectomisé depuis 19 ans, ne présente pas apparemment de séquelles locales fonctionnelles ou générales .
- Signes biologiques - NSF : 5 440 000 G. R.
 - Ca : 90 g
 - Protides, lipides, cholestérol total, glycémie: Normaux
- Maladies postérieures à la gastrectomie: Tuberculose pulmonaire récidivante .
- Habitudes : - tabac : un paquet.
 - éthyle : un litre de vin + bière.

RESULTATS - Gastrique : bon .

- Social : bon .

=====

OBSERVATION n° 42 : Mr. Lor Jean 62 ans

- Admis dans le service pour asthénie et amaigrissement.
- Gastrectomisé 23 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : non précisées.
 - fonctionnelles : Pituite matinale, sueurs ++ ,
Lipothymies ++
Dumping-syndrome avec diarrhé aqueuse,
calmé par le décubitus
 - générales : amaigrissement de 6 Kg en 6 mois.
- Signes biologiques - NSF, protides, glucides, Ca , : Normaux
 - Lipides : 7,50 g
 - Fer sérique : 190 gamma.
 - B 12 : 7,5 %
 - Ponction biopsique du foie : Stéatose.
- Le transit gastro-duodéal montre :
 - un bon fonctionnement de l'anastomose
 - l'absence de lésion du moignon gastrique
 - l'absence de varices oesophagiennes
 - une hernie hiatale
- Maladies ultérieures :
 - Pleurésie séro-fibrineuse ayant entraîné un emphysème.
 - Hépatite virale.
 - Polynévrite des membres inférieurs.
 - Bronchite chronique.
 - Troubles psychiques ayant entraîné une tentative d'autolyse.
- Habitudes
 - tabac : un demi paquet.
 - éthyle : ++

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : mauvais (S. D. F.) .

=====

OBSERVATION n ° 43 = Mr. Leon ... Henri 59 ans

- Admis dans le service pour malaise avec perte de connaissance.
- Gastrectomisé il y a 11 ans et présentant des séquelles :
 - locales : nulle
 - générales: amaigrissement de 10 Kg en 11 ans
asthénie.
 - fonctionnelles : Dumping-syndrome frustré et vomissements.
- Signes biologiques - NSF, cholestérol total, Ca, : Normaux
 - Protéides: 69,5 g
 - lipides : 8,25 g
 - Glucides : 0,75 g
 - B 12 : 9 %
 - fer sérique : 60 gamma
- Le transit gastro-duodénal montre un bon fonctionnement de la bouche anastomotique.
- Habitudes
 - tabac : un paquet.
 - éthyle: plus de deux litres de vin + bière.
- Maladies ultérieures :
 - troubles psychiques : anxiété, insomnie.
 - polyneuropathie des membres inférieurs.
 - orchite ourlienne.

RESULTATS

- Gastrique : bon.
- Social : bon.

=====

OBSERVATION n° 44: Mme Brug Alphonsine 83 ans

- Admise dans le service pour :
 - insuffisance respiratoire chronique.
 - Arthalgies des hanches et épaules.
- Gastrectomisée il y a 9 ans et présentant des séquelles :
 - locales : nulle .
 - fonctionnelles ; vomissements fréquents .
 - générales : amaigrissement de 20 kg -
 .osteoporose .
- Signes biologiques - NSF, glycémie, fer sérique, : Normaux
 - Protides : 65,5 g .
 - B 12 : 0 %.
 - Ca : 82 g .
- Le transit gastro-duodéal montre:
 - un bon fonctionnement de l'anastomose .
 - l'absence de lésion organique.
- Habitudes
 - tabac : nul .
 - éthyle : nul .
- Maladies ultérieures : occlusion intestinale avec péritonite .

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : bon .

=====

OBSERVATION n ° 45 : Mr. Miss Benziane 54 ans

- Admis dans le service pour bilan de gastrectomie .
- Gastrectomisé 19 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : Stomite intense .
 - générales : anorexie, asthénie intense entraînant une altération de l'état général avec amaigrissement de 5 kg .
 - fonctionnelles : Dumping-syndrôme et douleurs épigastriques.
- Signes biologiques - NSF, lipides, glycémie, B 12, fer sérique: Normaux .
 - Protides : 66 g .
 - Cholestérol total : 1,45 g .
 - Ca : 94 g .
- Le transit gastro-duodénal montre un bon fonctionnement de l'anastomose, mais important reflux dans l'anse afférente.
- Habitudes : - tabac : un paquet.
 - éthyle : nul ,
- Maladies ultérieures : - Hématémèse .
 - Bronchopathie chronique .

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : bon ,

=====

OBSERVATION n° 46 : Mr Garc.... Juan 48 ans

- Hospitalisé pour ictère cutaneo-muqueux.
- Gastrectomisé il y a 6 ans et présentant des séquelles :
 - locales : nulle
 - générales : amaigrissement de 6 kg.
 - fonctionnelles ; amélioration ++ depuis intervention
- Signes biologiques
 - NSF, protides, glucides, Ca : Normaux
 - lipides : 12 g .
 - Cholestérol total : 7,40 g .
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de l'anse anastomotique.
- Ponction biopsique du foie : Thrombi biliaires + foyer de cytolýse .
- Habitudes
 - tabac : un paquet .
 - éthyle : nul
- Maladies ultérieures : actuellement ictère du à un cancer du pancréas opéré tout récemment

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : bon

=====

OBSERVATION n ° 49 : Mme . Pav Eugénie 71 ans

- Hospitalisée pour atteinte de l' état général avec asthénie, amaigrissement, anorexie, sous alimentation et douleurs/scapulaire gauche.
- Gastrectomisé il y a 9 ans , présente des séquelles :
 - locales : nulle .
 - générale : atteinte de l'état général .
 - fonctionnelles : nulle .
- Signes biologiques - NSF, cholestérol total, glycémie : Normaux .
 - Protides : 64, 5 g .
 - Ca : 93 g .
 - absence de B.K.
- Le transit gastro-duodénal montre :
 - une bonne perméabilité de l'anastomose
 - pas de reflux, ni de hernie hiatale .
 - les anses sont normales .
- Habitudes
 - tabac : un paquet .
 - éthyle : un litre de vin .
- Maladies antérieures : Hysterectomie apres ovariectomie .
- Maladies ultérieures : Hygromas du genou .

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : bon

=====

OBSERVATION n° 50 : Mr Bourg Pierre 61 ans

- Hospitalisé dans le service pour polynévrite des membres inférieurs entraînant des troubles de la marche.
- Gastrectomisé il y a 8 ans et présentant des séquelles :
 - Locales : nulle.
 - fonctionnelles: Dumping-syndrome avec diarrhée.
: hypoglycémie post-prandiale.
 - générales : amaigrissement de 15 Kg.
- Signes biologiques : B 12, glycémie , Normales.
Fer sérique : 165 gamma.
NSF ; 2 700 000 G.R.
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de la bouche anastomotique .
- Habitudes - tabac : ++
 - éthyle : 4 litres de vin .
- Maladies antérieures : - polynévrite éthylique des membres inférieurs ,
 - tuberculose pulmonaire .
- Maladies ultérieures : Lombalgies et sciatique .

RESULTATS - Gastrique = mauvais .
 - Social : mauvais (SDF) .

=====

OBSERVATION n° 51: Mme Sylv ... Gabrielle 66 ans

- Admis pour malaise sur la voie publique (éthylisme aigu) .
- Gastrectomisé il y a 21 ans et ne présentant depuis qu'un amaigrissement . Pas de séquelles locales ni fonctionnelles .
- Signes biologiques - Protides : 75 g .
- Habitudes - tabac : nul .
 - éthyle : ++
- Maladies ultérieures : dépression mélancolique .
 : cholecystectomie pour lithiase .

RESULTATS - Gastrique : bon .
 - Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n ° 52 : Mr Nad Khaled 21 ans

- Hospitalisé pour syndrome abdominal aigu .
- Gastrectomisé 3 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : Ulcus peptique (T. G-D.)
 - fonctionnelles : nulle .
 - générales : amaigrissement de 10 Kg .
- Signes biologiques - NSF, polyglobulie : 6 090.000 G.R.
 - Ca : 92 g
- Habitudes - tabac : + .
 - éthyle : ++ .
- Maladies antérieures ; Thalassemie Beta-hétérozygote .

RESULTATS - Gastrique : mauvais .
 - Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n ° 53 = Mr. Amet..... Raymond 44 ans

- Hospitalisé pour embolie pulmonaire secondaire à une phlébite des membres inférieurs .
- Gastrectomisé 23 ans auparavant (1945) et présentant des séquelles/
 - locales : ulcus peptique ('1947) ayant nécessité une nouvelle intervention
 - : Dragstedt en 1952
 - : Récidive ulcus peptique en 1968 .
 - Générales : amaigrissement .
 - fonctionnelles : nulle .
- Signes biologiques : Protides, Ca, NSF, glycémie, Normaux .
Cholestérol total : 4,45 g ;
- Habitudes - tabac : + .
 - éthyle : ++ .
- Maladies ultérieures : Pancréatite ayant entraîné une pancreatectomie avec suspicion de syndrome de Zollinger-Ellison .

RESULTATS - Gastrique : mauvais .
 - Social : mauvais .

=====

- RESULTATS
- Gastrique : mauvais
 - Social : mauvais

OBSERVATION n ° 55 Mr. Jaff ... Joseph 46 ans

- RESULTATS
- Gastrique : mauvais .
 - Social : mauvais .

- RESULTATS
- Gastrique ; bon
 - Social ; mauvais (SDF)

OBSERVATION n ° 57 : Mr Pels Camille 68 ans

- RESUltats - Gastrique : mauvais.
 - Social : mauvais.

OBSERVATION n ° 58 : Mr Tli Kahyahi 37 ans

- Admis dans le service pour douleurs épigastriques avec vomissements ,
et bronchite .
- Gastrectomisé il y a 8 ans et présentant des séquelles :
 - locales : -gros plis du moignon gastrique .
 - stomite
 - fonctionnelles : Dumping- syndrome .
Syndrome du petit estomac .
 - générales : amaigrissement de 6 Kg.
- Signes biologiques - NSF, cholestérol total, lipides, Ca : Normaux
B 12 : 7 %
Glycémie , lipides, : Normaux
- Le transit gastro-duodenal montre un bon fonctionnement de l'anastomose.
- Maladies antérieures : Hématémèse ayant entraîné un Dragstedt
- Habitudes
 - tabac : un paquet
 - éthyle : un litre de vin + bieres

RESULTATS

- Gastrique : mauvais
- Social : non précisé

=====

- Admise dans le service pour une altération de l'état général.
- Gastrectomisée 20 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : gastrite parenchymateuse (gastroscopie)
 - fonctionnelles : nulle
 - générales : syndrome carentiel avec amaigrissement de 8 kg et anémie mégaloblastique
Asthenie ++ .
- Le transit gastro-duodéal montre : un bon fonctionnement de l'anastomose
une absence de reflux
une petite hernie hiatale par glissement
- Signes biologiques - Cholestérol total, glycémie : Normaux
B 12 : 4,6 %
Protides : 63 G
NSF : 1 890 000 G.R.
Fer sérique : 220 gamma
Ca : 94 .
- Habitudes non précisées .
- Maladies ultérieures : Troubles psychiques : neurotonie
 - Para - diabète .
 - Pneumothorax idiopathique.

RESULTATS - Gastrique : Mauvais .

 - Social : Bon .

=====

OBSERVATION n ° 60 : Mme Delavi Marguerite 82 ans

- Hospitalisée pour diarrhée aigu avec dénutrition
- Gastrectomisée il y a 16 ans et présentant des séquelles générales:
 - Syndrome carentiel avec amaigrissement de 6 kg et présentant une osteopose.
- Signes biologiques - Ca, glycémie, NSF, : Normaux
B 12 : 5 %
- Maladies antérieures : mégadolichocolon
- Maladies ultérieures : éventration
- Habitudes : tabac et éthyle nuls

RESULTATS

- Gastrique : mauvais
- Social : non précisé

=====

OBSERVATION n° 61 : Mr Bab Brahim 34 ans

- Hospitalisé dans le service pour douleurs épigastriques
- Gastrectomisé il y a 11 ans et présentant des séquelles:
 - locale : stomite (TGD)
 - générale et fonctionnelle nulles
- Signes biologiques - Protides, NSF, Ca, glycémie : Normaux
B 12 : 10 %
- Maladies antérieures : RAS
- Maladies ultérieures : RAS
- Habitudes
 - tabac +
 - éthyle +++

RESULTATS

- Gastrique : mauvais
- Social : bon

=====

OBSERVATION n° 62 : Mr Ple Henri 54 ans

- Admis dans le service pour infarctus du Myocarde.
- Gastrectomisé il y a 25 ans et ne présentant aucune séquelle fonctionnelle, locale ou générale .
- Signes biologiques - Protides, NSF, : Normaux
 - Glycémie : 1,25 g (sous perfusion)
 - lipides : 12 g
 - cholestérol total : 2,65 g
- Maladies antérieures :
 - maladie ulcéreuse familiale.
 - lipémie familiale.
- Maladies ultérieures : - Périarthrite scapulo-humérale.
 - Insuffisance mitrale.
- Habitudes
 - tabac : +
 - éthyle : +

OBSERVATION n° 66 : Mr Van der C Jean 53 ans

- Hospitalisé pour pneumopathie aigue avec altération de l'état général et diarrhée .
- Gastrectomisé il y a 3 ans et présentant des séquelles :
 - fonctionnelles : Steatorrhée .
 - Hypoglycémie post-prandiale.
 - générales : Syndrome carentiel avec amaigrissement de 8 kg
Steatose hépatique .
- Signes biologiques : Glycémie : 0,80 g .
 - Fer sérique : normal.
 - Protides : 55 g
 - Diminution 17-ceto, 17-OH.
 - NSF : 3 000 000 G. R.
- Habitudes
 - tabac : deux paquets .
 - éthyle : un litre de vin .
- Maladies antérieures : Hernie ombilicale .
- Maladies ultérieures :
 - Troubles psychiques, ayant entraîné des fugues et un syndrome confusionnel.

RESULTATS

- Gastrique : Mauvais .
- Social : mauvais (SDF)

=====

- RESULTATS
- Gastrique : mauvais
 - Social : mauvais : nombreuse Hospitalisations décédé.

OBSERVATION n ° 68 : Mr Dar Emile ; 62 ans

- RESULTATS
- Gastrique : Bon .
 - Social : médiocre .

OBSERVATION n° 69 : Mr Ire Victor 42 ans

- Admis dans le service pour pneumopathie droite chez un hémiparétique et chez lequel une hyp^{er}glycémie provoquée a révélé un diabète .
- Gastrectomisé 22 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale .
- Signes biologiques - NSF normale - Glycémie : 1,20 g .
- Protides : 70 g , Ca : 105 g .
- Habitudes - tabac ; non précisé .
- éthyle : +++
- Maladies antérieures non précisées .
- Maladies ultérieures : Comitialité .

RESULTATS - Gastrique : bon.
 - Social : mauvais (SDF).

=====

OBSERVATION n° 70 = Mr Ler Maurice 85 ans

- Hospitalisé pour épistaxis et insuffisance respiratoire aigue.
- Gastrectomisé il y a 16 ans et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale.
- Signes biologiques - NSF ; normale.
- Glycémie 1,20 g .
- Antécédants : Pleurésie séro-fibrineuse d'origine vraisemblablement tuberculeuse .
- Maladies ultérieures : Hypertension artérielle.
Spondylarthrite ankylosante.

RESULTATS - Gastrique : Bon .

 - Social : Bon .

=====

OBSERVATION n° 73 : Mr Chaum René 66 ans

- Hospitalisé dans le service pour misère physiologique.
- Gastrectomisé 18 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale .
- Le Transit gastro-duodéal montre un épaissement de la muqueuse sans lésion et un bon fonctionnement de l'anastomose.
- Signes biologiques : NSF, glycémie, fer sérique : Normaux :
- Habitudes : - éthyle : nul.
 - tabac non précisé.
- Maladies antérieures non précisées.
- Maladies ultérieures : - Artérite
 - Cataracte bilatérale - cécité.

RESULTS

- Gastrique : BOn .
- Social : mauvais (cécité).

OBSERVATION n° 74 Mr Coe René 72 ans

- Admis dans le service pour Ictère et septicémie à colibacille avec localisation méningée.
- Gastrectomisé il y a 11 ans et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale .
- Signes biologiques - NSF, cholestérol total, : Normaux .
 - Glycémie ; 1,50 g.
 - Fer sérique : 100 gamma
- Habitudes
 - tabac : un demi paquet
 - éthyle : nul .
- Maladies antérieures : non précisées.
- Maladies ultérieures : Hypertension artérielle.
Diabète.

RESULTS

- Gastrique : Bon.
- Social ; Bon .

OBSERVATION n° 75 : Mr. Roull Charles 66 ans

- Admis dans le service pour troubles digestifs et douleurs thoraciques précordiales gauches.
- Gastrectomisé 26 ans auparavant et présentant des séquelles
 - locales : nulle (vérifié par le T. G-D.)
 - fonctionnelles : Dumping-syndrome et diarrhée aqueuse
 - Syndrome de reflux gastro-oesophagien.
 - Générales : - Syndrome carentiel avec asthénie et amaigrissement de 44 kg
- Signes biologiques - NSF, Ca , : Normaux
 - B 12 : 2 %
 - Protides : 68,5 g
 - l'Hypoglycémie provoquée montre une hypoglycémie post- prandiale
- Habitudes : tabac et éthyle : nulles
- Maladies antérieures non précisées .
- Maladies ultérieures : - Tuberculose pulmonaire .
 - Insuffisance génitale .

RESULTATS - Gastrique : Médiocre .

 - Social : Bon.

=====

OBSERVATION n ° 76 : Mr Hub Paul 50 ans

- Hospitalisé pour gastrite .
- Gastrectomisé 16 an s auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : Gastrite intersticielle (biopsie) .
 - fonctionnelles : - Dumping-syndrome avec diarrhée.
- Hypoglycémie post-prandiale .
 - générales - Syndrome carentiel avec amaigrissement de 17 K
 - Insuffisance surrénale .
 - anémie mégaloblastique.
 - Osteomalacie.
- Signes biologiques : - Protides : 53 g .
 - Ca : 80 g .
 - B 12 : 1,8 % .
 - diminution 17-OH , 17-ceto .
 - Hyperchromie .
- Habitudes : - tabac : un paquet
- éthyle : un litre
- Maladies antérieures et postérieures non précisées .

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : médiocre (invalidité) .

=====

OBSERVATION n ° 77 : Mr. Woel André : 50 ans

- Hospitalisé pour hypertension artérielle .
- Gastrectomisé il y a 18 ans et présentant des s&quelles :
 - locales : nulle .
 - fonctionnelles : Dumping-syndrome frustré.
 - générales : amaigrissement de 6 kg
- Le transit gastro-duodénal montre :
 - un bon fonctionnement de l'anastomose.
 - une hernie hiatale.
- Signes biologiques - NSF, Ca, Lipides, : Normaux .
 - Cholestérol total : oscillant entre 1,80 et 3 g .
 - Glycémie : oscillant entre 0,90 et 2,05 g .
 - Protides : 68,5 g .
- Habitudes
 - tabac : un paquet.
 - éthylique : un litre et demi de vin.
- Maladies antérieures : éthyliste et tabagisme .
- Maladies ultérieures: - encéphalose éthylique .
 - Hypertension artérielle.

RESULTATS

- Gastrique : médiocre .
- Social : médiocre .

=====

OBSERVATION n) ° 78 = Mme Koen Denise 79 ans

- Admise dans le service pour tentative d'autolyse par barbituriques.
- Gastrectomisé 9 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle , locale, fonctionnelle ou générale .
- Signes biologiques : NSF, Ca, protides, fer sérique, glycémie : Normaux
- Maladies antérieures non précisées.
- Maladies ultérieures: Dépression mélancolique (contexte familial ++)
- Habitudes
 - tabac et alcool non précisés.

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : bon .

=====

OBSERVATION n° 79 : Mme RUI Maria 51 ans

- Admise dans le service pour érythème noueux streptococcique .
- Gastrectomisée il y a 25 ans et ne présentant aucune séquelle locale, générale ou fonctionnelle.
- Signes biologiques - Protides, NSF, : Normaux
 - Cholestérol total 2,70 g
 - Glycémie : 0,72 g
- Habitudes & maladies antérieures non précisées .
- Maladies ultérieures : - cancer du sein opéré il y a 23 ans.
 - comititalité .

RESULTATS - Gastrique : bon .
 - Social : bon .

=====

OBSERVATION n° 80 : Mme Miro, Kozna 66 ans

- Admise dans le service pour éthylisme aigu .
- Gastrectomisée 24 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle Locale ou fonctionnelle.
On observe une importante dénutrition et un amaigrissement que l'on ne peut évaluer .
- Maladies antérieures et ultérieures non précisées.
- Signes biologiques : non précisés .
- Habitudes - éthylisme chronique +++ ayant nécessité plusieurs hospitalisations .

RESULTATS - Gastrique : mauvais .
 - Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n ° 81 : Mr Renon Maurice 42 ans

- Hospitalisé pour comitialité et meloema.
- Gastrectomisé 15 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : nulle.
 - fonctionnelles : Hypoglycémie post-prandiale.
 - générale : amaigrissement.
- Signes biologiques - NSF : 3 500 000 G.R.
 - Protides : 61,5 g.
 - Ca : 83 g.
 - Cholestérol total, glycémie, lipides, B 12: Normaux.
 - B.K. négatif.
- La ponction biopsique du foie montre une steatose.
- Habitudes
 - éthyle +++++
 - tabac : un paquet.
- Maladie antérieure : éthylisme .
- Maladie ultérieures :
 - comitialité.
 - tuberculose pulmonaire ayant entraîné une pneumectomie.

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : mauvais (SDF).

=====

- Admise dans le service pour éthylisme aigu .
- Gastrectomisée 22 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : précisées par le T. G-D.
 - fonctionnelles :-Hypoglycémie post-prandiale et éthylique
 - Dumping-syndrome avec diarrhée post-prandiale .
 - générales : syndrome carentiel avec amaigrissement de 18Kg anorexie .
- Le transit gastro-duodéal montre:
 - une petite hernie hiatale.
 - une niche de la portion haute de la petite courbure du moignon gastrique, entourée d'oedeme.
 - un bon fonctionnement de l'anastomose.
- Signes biologiques :-NSF : normale .
 - Protides : 67,5 g.
 - Ca : 93 g.
 - B 12 : 5 %.
- Habitudes et maladies antérieures :
 - tabac : un paquet.
 - éthylisme chronique.
- Maladies ultérieures:-encéphaloses éthyliques répétées .
 - Cholecystectomie pour lithiase.

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : mauvais (Invalidité).

=====

OBSERVATION n° 83 : Mr Gaut Albert 74 ans

- Admis dans le service pour douleurs épigastriques et amaigrissement de 6 kg en trois mois .
- Gastrectomisé 23 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - locales : adeno carcinome du moignon gastrique ayant nécessité tout récemment une gastrectomie totale.
 - fonctionnelles: nulle.
 - générales : altération de l'état général .
- Le transit gastro-duodéal pratiqué avant la gastrectomie totale a montré:
 - une incontinence de la bouche anastomotique.
 - un reflux dans l'anse afférente.
 - une muqueuse du moignon inflammatoire.
 - pas d'ulcus peptique.
- Un transit de l'intestin grêle montre un intestin fonctionnel.
- Signes biologiques : NSF , Ca, : Normaux
 - Protides : 67 g.
- Maladies antérieures : nulle
- maladies postérieures: - métastase au Douglas.
 - Douleurs abdominales rebelles.
- Habitudes : - tabac : +
 - éthyle ++

RESULTATS - Gastrique : mauvais (cancérisation du moignon)
 - Social : bon ... mais évolution fatale un an après
 la gastrectomie totale .

=====

-
- Hospitalisée dans le service pour glycosurie non diabétique.
 - Gastrectomisée il y a 9 ans et qui présente depuis des séquelles:
 - locales : - Stomite .
 - Gros plis du moignon.
 - fonctionnelles : - Syndrome du petit Estomac.
 - Hypoglycémie post-prandiale.
 - Diarrhée post-prandiale.
 - Douleurs ayant nécessité un Dragstedt 2 ans après.
 - générales : - Dénutrition.
 - Anémie hyperchrome.
 - Signes biologiques : - NSF : 3 500 000 G.R.
 - Protides : 63 g .
 - B 12 : 5 %
 - Ca : normal .
 - Habitudes non précisées.
 - Maladies antérieures : R. A. A.
 - Maladies postérieures : -Tuberculose pulmonaire ayant entraîné une pneumectomie.
 - Emphysème pulmonaire .

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : mauvais (hospitalisations et invalidité).

=====

OBSERVATION n ° 85 : Mr. Arch Moïse 61 ans

- Admis pour bronchopathie chronique .
- Gastrectomisé 26 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle.
On note un amaigrissement de 22 kg .
- Signes biologiques : NSF, glycémie, Protides, Ca , : Normaux .
B.K. : recherche négative .
- Le transit gastro-duodéal montre un bon fonctionnement de l'anastomose.
- Maladies antérieures: Bronchite chronique .
- Maladies postérieures:-Tuberculose pulmonaire ayant entraîné une insuffisance respiratoire chronique .
- Hypertension artérielle paroxystique .
- Habitudes : - éthyle : +
- tabac : +

RESULTATS - Gastrique : Bon .
 - Social : Médiocre (Transplantation et tuberculose).

OBSERVATION n° 86 Mr. Nea Marcel 67 ans .

- Admis dans le service pour poussée ascitique de cirrhose éthylique, altération de l'état général et rectorragies.
- Gastrectomisé il y a 12 ans et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle.
On observe un état de maigreur mais l'amaigrissement n'est pas chiffrable en raison de l'ascite.
- Signes biologiques : - Tests hépatiques de cirrhose.
- Protides : 65 g.
- Cholestérol total : 1,40 g
- Glycémie : 1,40 g
- Fer sérique : normal .
- Anémie : 2 500 000 G.R.
- Habitudes : - tabac : non précisé .
- éthyle : ++
- Maladies antérieures : éthylisme
- Maladies ultérieures :-Tuberculose pulmonaire .
- Choleścystectomie .

RESULTATS - Gastrique : Bon .
 - Social : Bon ... mais évolution fatale due à la cirrhose

OBSERVATION n° 87 : Mme Sad Suzanne 66 ans

- Admise dans le service pour lipothymie avec perte de connaissance.
- Gastrectomisée 3 ans auparavant et présentant des séquelles :
 - Locales : nulle
 - fonctionnelles : Hypoglycémie post-prandiale.
 - générales : amaigrissement de 7 kg.
- Signes biologiques : Protides, Ca, NSF, glycémie : Normaux .
- Habitudes non précisées.
- Maladies antérieures :
 - perforation d'ulcère ayant provoqué une péritonite.
 - hypertension artérielle.
- Maladies ultérieures : cancer baso-cellulaire de la joue.

RESULTATS - Gastrique : médiocre .
 - Social : Bon.

=====

OBSERVATION n° 88 : Mr Lanc Charles : 78 ans

- Admis dans le service pour gastro-entérite aigue et O.A.P.
- Gastrectomisé il y a 16 ans et ne présentant aucune séquelle locale ou générale .
On note une hypoglycémie post-prandiale apparue 9 ans après.
- Signes biologiques : - NSF, glycémie, protides, Ca , : Normaux.
- Habitudes - tabac : ++
 - éthyle : nulle .
- Maladies antérieures non précisées.
- Maladies postérieures :
 - Tuberculose pulmonaire .
 - Hypertension artérielle .

RESULTATS - Gastrique : médiocre .
 - Social : bon .

=====

OBSERVATION n° 89 : Mr Tua ... Emile 54 ans

- Hospitalisé la première fois pour coma hypoglycémique et reçu 3 mois plus tard pour comitialité, avec le diagnostic éventuel de tumeur cérébrale .
- Gastrectomisé 13 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale ou générale .
On note une hypoglycémie confirmée par l'hypoglycémie provoquée .
- Signes biologiques : NSF, Ca , : Normaux .
protides : 68 , 5 g
- Maladies antérieures non précisées.
- Maladies ultérieures :
 - Tuberculose pulmonaire.
 - Bronchite chronique.
 - Comitialité .
 - Phlébite .
 - Méloena (sous traitement anti-coagulant)
- Habitudes : - tabac : +
- éthyle : nul.

RESULTATS

- Gastrique : médiocre.
- Social : mauvais (nombreuses hospitalisations pour coma hypoglycémique),

=====

OBSERVATION n° 90 : Mr Devill Henri 72 ans

- Admis dans le service pour coma hémiplegique.
- Gastrectomisé il y a 8 ans et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale .
- Signes biologiques non précisés.
- Maladies antérieures et habitudes non précisées.
- Maladies ultérieures: Hypertension artérielle .

RESULTATS

- Gastrique : bon.
- Social ; bon, mais évolution fatale (coma terminal).

=====

OBSERVATION n° 91 : Mr. Ray ... Henri 65 ans

- Hospitalisé dans le service pour psychose délirante paraphrénique .
- Gastrectomisé 4 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale, fonctionnelle ou générale.
- Signes biologiques : Glycémie : normale .
- Habitudes : éthyle : ++
tabac : non précisé .
- Maladies antérieures non précisées .
- Maladies ultérieures : - Tuberculose pulmonaire .
- Paraphrénie ayant entraîné un placement volontaire .

RESULTATS - Gastrique : Bon .
- Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n° 92 : Mr. Duf.... Henri 56 ans

- Hospitalisé pour dénutrition et oedèmes des membres inférieurs.
Revu ultérieurement pour éthylisme aigu .
- Gastrectomisé il y a 32 ans et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle.
On note un syndrome carentiel frustré avec amaigrissement par sous alimentation .
- Signes biologiques : - NSF, glycémie : Normales .
- Protides : 56 g.
- Habitudes : - tabac : un paquet.
- éthyle : +++ (vin).
- Maladies antérieures : nulle .
- Maladies ultérieures : - Troubles psychiques : état névrotique et tentative d'autolyse (Quinine).
- Amaurose par atrophie optique due à la quinine.
- Traumatismes crâniens avec perte de connaissance.

RESULTATS - Gastrique : Bon .
- Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n ° 93 Mme Tard ... Marguerite 73 ans

- Hospitalisée pour altération de l'état général et cachexie .
- Gastrectomisée il y a 10 ans et ne présentant depuis aucune séquelle fonctionnelle ou locale (vérification anatomique)
On note des séquelles générales importantes :
 - Syndrome carentiel avec amaigrissement de 23 kg en 18 mois.
 - Syndrome anémique.
 - Ostéoporose.
 - Insuffisance surrénale.
- Signes biologiques :-Protides : 52 g.
 - Ca : 84 g
 - B 12 : 6,5 %
 - NSF : 3 280 000 G.R.
 - Fer sérique : 75 gamma
 - Lipides : Normaux .
 - diminution 17-ceto, 17-OH .
- Le transit gastro-duodénal montre un petit estomac et bon fonctionnement de l'anastomose .
- Maladies antérieures : nulle.
- Maladies ultérieures : Pleuro-péricardite tuberculeuse.
- Habitudes : - Tabac : nul .
 - ethyle : nul .

RESULTATS - Gastrique : mauvais (décédée)
 - Social : médiocre .

=====

OBSERVATION n) ° 94 : Mr Stein Lucien 75 ans

- Hospitalisé pour altération de l'état général et pneumopathie aigue.
- Gastrectomisé il y a 12 ans et présentant des séquelles :
 - locales : - Petite hernie hiatale .
 - fonctionnelles : Dumping-syndrome frustré avec diarrhée aqueuse
 - générales : syndrome carenciel avec amaigrissement .
- Signes biologiques : NSF : 3 400 000 G.R.
 - Protides : 60 g
 - Ca : 91 g.
 - B 12 : 8 %
 - Cholestérol total : normal.
 - Fer sérique : 165 gamma .
 - Glycémie : 0,80 g .
- Maladies antérieures : Tabagisme .
- Maladies postérieures :
 - Tuberculose pulmonaire .
 - Artérite des membres inférieurs.
 - Adénome prostatique.
- Habitudes :
 - tabac : +++
 - éthyle : +

RESULTATS

- Gastrique : mauvais .
- Social : mauvais .

=====

OBSERVATION n ° 95 : Mr Le N ... Guillaume 63 ans

- Admis dans le service pour état fébrile et baisse de l'état général, (tuberculose)
- Gastrectomisé 26 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle .
 - On note : - un syndrome carentiel avec amaigrissement du à la dénutrition .
 - Insuffisance surrénale fonctionnelle .
- Signes biologiques : - Protides : 60 g
 - Ca : 88 g
 - B 12 : 11 %
 - NSF : normale
- Le transit gastro-duodéal est normal .
- Habitudes : - tabac : +
 - éthyle : +++ (Stéatose à la ponction biopsique du foie)
- Maladies antérieures : - éthylisme.
 - tabagisme.
 - syphillis.
- Maladies ultérieures : Tuberculose pleuro pulmonaire .

RESULTATS - Gastrique : Bon.
 - Social ; Bon ;

=====

OBSERVATION n° 96 Mr Woi Robert 41 ans

- Hospitalisé pour hyperthermie et dyspnée.
- Gastrectomisé il y a 5 ans et présentant des séquelles :
 - locale : Hématémèse 3 ans après .
 - fonctionnelles: Onze occlusions récidivantes sur brides , ayant nécessité une opération de Noble 3 ans après.
 - générales : syndrome carentiel frustré avec amaigrissement.
- Le transit gastro-duodénal montre un oedème de la bouche de l'anastomose et l'absence de lésion organique .
- Signes biologiques : NSF, protides, Ca , B 12 , cholestérol total
glycémie : Normaux .
- Habitudes : - tabac : +
 - ethyle : ++++ (vin -biere-)
- Maladies antérieures : - Tuberculose pulmonaire.
 - Ethylisme chronique et tabagisme.
 - Méningite.
 - Pleurésie .
- Maladies ultérieures : - Troubles psychiques : névrose.
 - Comitialité.
 - Traumatisme crânien .
 - Tentative d'autolyse.
 - Hémiplégie post- traumatique.

RESULTATS - Gastrique : mauvais .
 - Social : mauvais .

=====

OBSERVATION N ° 97 = Mr Delav Robert 61 ans

- Hospitalisé dans le service pour meloena .
- Gastrectomisé il y a 5 ans , avec cholecystectomie, et ne présentant depuis aucune séquelle , fonctionnelle ou générale .
On note une séquelle locale passagère : Gastrite hémorragique due à l'Aspirine,(vue en gastroscopie).
- Signes biologiques : - NSF, B 12 , cholestérol total , glycémie: Normaux.
 - Ca : 90 g .
 - Protides : 67 g.
- Habitudes : - tabac : +
 - éthyle : nul .
- Maladies antérieures : Hypertension artérielle .
Lithiase vésiculaire .
- Maladies Postérieures non précisées.
- Evolution : disparation de la petite ulcération (gastroscopie) .

RESULTATS - Gastrique : Bon .
 - Social : Bon .

=====

- Admis dans le service pour bronchite aigue .
- Gastrectomisé 20 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale ou fonctionnelle.
On note un amaigrissement important .
- Signes biologiques : Protides, NSF, Ca , B 12 : Normaux
- Le transit gastro-duodénal montre :
 - gros plis gastriques.
 - passage très rapide .
- Habitudes : - tabac : nul.
- éthyle : nul.
- Maladies antérieures : - Hypertension artérielle .
- Lithiase vésiculaire opérée .
- Maladies ultérieures : - Troubles psychiques (Sénilité).
- I. V. G.
- Artérite des membres inférieurs.
- Adenomectomie .
- Ulcère de jambe.

RESULTATS

- Gastrique : Bon.
- Social : médiocre (Sénilité) .

=====

OBSERVATION N ° 99 : Mr. Dia Marcel 73 ans

- Admis dans le service pour :
 - Insuffisance respiratoire chronique .
 - Cirrhose éthylique .
 - Diabète .
- Gastrectomisé 19 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle locale , fonctionnelle ou générale .
- Signes biologiques :
 - Protides, cholestérol total , NSF : Normaux .
 - Glycémie oscillant entre 2g et 1,10 g.
 - Tests hépatiques de cirrhose .
 - Fer sérique : 100 gamma.
- Habitudes :
 - tabac : +
 - éthyle : +++ vin .
- Maladies antérieures : éthylisme .
- Maladies ultérieures :
 - Psychose délirante .
 - Diabète .
 - Bronchoemphysème .
 - Maladies de Parkinson .
- Resultats
 - Gastrique : Bon .
 - Social : mauvais (troubles psychiques) .

=====

- Hospitalisé pour coma hépatique .
- Gastrectomisé 21 ans auparavant et ne présentant aucune séquelle fonctionnelle, locale ou générale .
- Signes biologiques :
 - Ammoniémie : 0,8 gamma.
 - Ca , NSF, : Normaux .
 - tests hépatiques : Hanger ++++
 - : Prothrombine : 40 %
 - : Cholestérol total: 1,35 g
 - Glycémie : 1,20 g .
- Habitudes : - tabac : +
 - éthyle : +++ vin .
- Maladies antérieures : nulle
- Maladies postérieures non précisées .

RESULTATS

- Gastrique : bon .
- Social : mauvais (éthylisme).

=====

- R E S U L T A T S -

-oOo-

Sur 5.967 malades hospitalisés du 16 Novembre 1966 au 1er Septembre 1970, pour diverses raisons, se trouvaient 100 gastrectomisés (soit 1,67 % de 5.967).

I.- REPARTITION SELON LE SEXE .

- Hommes : 82
- Femmes : 18

II.- REPARTITION SELON L'AGE, LE POIDS MOYEN, L'ORIGINE ETHNIQUE .

- a) Age moyen : 59,85 ans (de 21 à 85 ans)
(voir histogramme n° 1)
- b) Poids moyen (étudié sur 68 malades) : 54,50 Kg.
(voir histogramme n° 2)
- c) Répartition ethnique :
 - Métropolitains : 84
 - Européens : 6
 - Nord-africains et Proche Orient : 8
 - Africain et Asiatique : 2

III. - ANCIENNETE MOYENNE DE LA GASTRECTOMIE.

- Ancienneté (allant de 3 à 35 ans) : 15,10 ans
- Cas supérieurs à 8 ans d'ancienneté : 79
(voir histogramme n° 3).

AGE DES MALADES GASTRECTOMISÉS - 69 -
au moment de leur hospitalisation secondaire

HISTOGRAMME n° 1

Nombre

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1



20

25

30

35

40

45

50

55

60

65

70

75

80

85

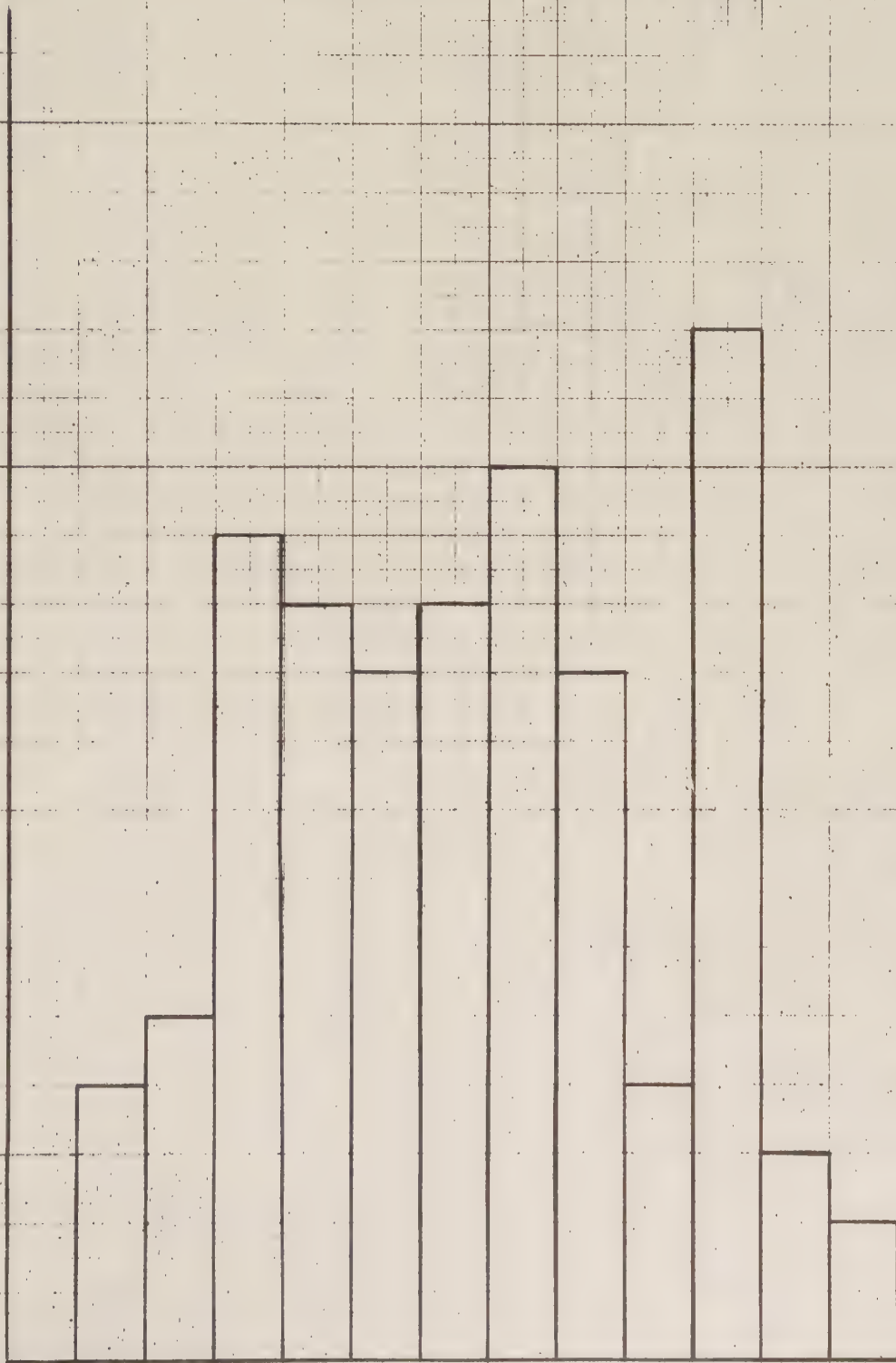
Age

Age des Gastrectomisés au moment de l'Intervention - 70 -

Histogramme n° 1 bis

nombre

18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



Age

15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85

POIDS DES MALADES GASTECTOMISÉS
au moment de leur hospitalisation secondaire

- 71 -

Nombre

HISTOGRAMME n° 2

32
28
24
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



35

38

41

44

47

50

53

56

59

62

65

68

71

74

77

80

83

Inconnus

RECU DE LA GASTRECTOMIE

- 72 -

HISTOGRAMME n° 3

Nombre

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

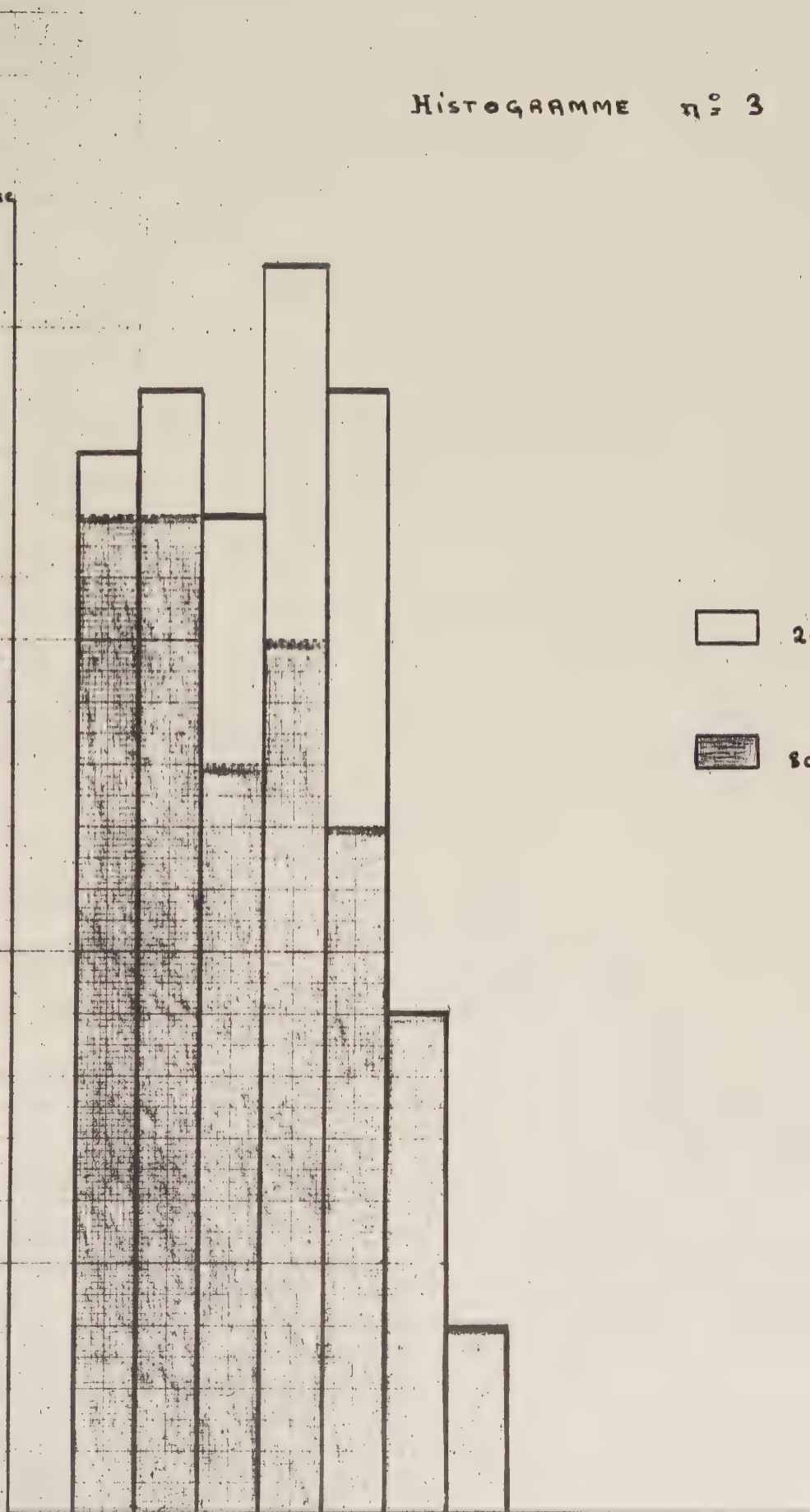
1



20% sans Séquelle



80% avec Séquelles



IV - MOTIFS DE LA GASTRECTOMIE

- a) Complications : 24 malades
- Hémorragies : 8 cas (33,33%)
 - Perforation d'ulcère : 10 cas (41,67%)
 - Sténose du pylore : 6 cas (25%)
- b) Résistance au traitement médical du syndrome
ulcéreux : 21 malades
- c) R a i s o n s n o n
précisées : 55 malades

V. - SIEGE DE L'ULCERE

- Ulcère gastrique : 41 malades
- Ulcère duodénal : 43 malades
- Sièges non précisés : 16 malades

VI. - TYPE DE LA GASTRECTOMIE

- Billroth I : 16 malades
- Billroth II (Polya ou
Finsterer) : 69 malades

- Autres techniques : 4 malades
(Gastrectomie totale, hémi-gastrectomie,
gastrectomie en "gouttière")
- Type non précisé : 11 malades

VII. - MOTIVATIONS APPARENTES DE L'HOSPITALISATION ACTUELLE

- 1 - Trouble d'origine gastrique : 11 malades
- 2 - Affections du tube digestif : 15 malades
(hémorragie intestinale, ictère,
cirrhose, etc ...)
- 3 - Altération de l'état général : 17 malades
- 4 - Malaise sur la voie publique : 9 malades
- 5 - Ethylisme aigu : 8 malades
- 6 - Causes diverses : 40 malades
(cardio-vasculaires, pulmonaires,
neuro-psychiques, cas social,
sénilité, etc ...)

VIII. - SEQUELLES TARDIVES

Chez ces 100 malades hospitalisés, une enquête plus précise a permis de distinguer :

A) Malades atteints de :

- 1 - Séquelles locales ou fonctionnelles isolées
- 2 - Séquelles locales et fonctionnelles associées à un syndrome carentiel
- 3 - Syndrome carentiel isolé
 - a) avec anomalie biologique
 - b) sans anomalie biologique

B) Malades dépourvus de séquelles évidentes, qui, en fait, se décomposent en :

- 1 - Malades présentant une anomalie biologique ou clinique isolée découverte grâce à l'étude systématique
- 2 - Malades réellement indemnes

Reprenons en détail ces paragraphes :

A) MALADES PRESENTANT DES SEQUELLES BIOLOGIQUES OU
CLINIQUES EVIDENTES : 65 cas

1 - Malades présentant des séquelles locales ou fonctionnelles
isolées :

L o c a l e s

Par séquelle anatomique locale, nous entendons :

- Ulcère peptique
- Cancérisation du moignon gastrique
- Stomite ou gastrite du moignon gastrique
- Occlusions récidivantes

F o n c t i o n n e l l e s

Les séquelles fonctionnelles regroupent :

- Dumping - syndrome
- Syndrome tardif
- Syndrome de reflux gastro - œsophagien
- Syndrome du petit estomac

Parmi les 100 observations de malades gastrectomisés,
nous trouvons 11 cas de séquelles anatomiques locales ou
fonctionnelles isolées.

- 2 - Malades atteints de séquelles locales ou fonctionnelles associées à un syndrome carentiel clinique ou biologique :

Nous avons décelé 31 cas de ce type de malades.

- 3 - Malades atteints de syndrome carentiel isolé :

Nous avons relevé 23 cas de syndrome carentiel isolé, clinique ou biologique.

B) MALADES APPAREMMENT SANS SEQUELLE : 35 cas

En fait :

- 1 - Malades présentant une carence clinique frustrée, portant essentiellement sur l'amaigrissement :

Nous avons relevé 12 cas.

- 2 - Malades présentant une anomalie biologique isolée portant sur la baisse des protides sanguins, de la calcémie, du fer sérique et de la vitamine B12 :

3 cas ont été recensés.

- 3 - Malades réellement indemnes :

20 cas, mais les observations médicales sont souvent incomplètes.

Au total, nous avons : (voir tableau résumé n°1)

A) Séquelles locales ou fonctionnelles : 42 cas

se décomposant en :

1 - Ulcère peptique :	5
2 - Cancérisation du moignon gastrique :	2
3 - Gastrite contrôlée en endoscopie :	3
4 - Occlusions récidivantes :	1
5 - Dumping - syndrome :	21
6 - Syndrome tardif :	5
7 - Syndrome de reflux gastro-œsophagien :	3
8 - Syndrome du petit estomac :	2

B) Syndromes carentiels : 69 cas

Jugés sur :

- a) la clinique :
 - . amaigrissement
 - . anorexie
 - . asthénie
- b) la biologie :
 - . protides sanguins
 - . vitamine B 12 (test de Schilling)
 - . calcémie
 - . fer sérique
 - . numération et formule sanguine

.../...

Parmi les syndromes carenciels, on distingue :

Syndromes carenciels frustrés, généralement bien tolérés et établis sur la clinique ou des signes biologiques faiblement perturbés :

On relève 42 cas (60,86%)

Syndromes carenciels majeurs, mal tolérés avec perturbation importante des signes biologiques :

On retrouve 27 cas (39,14%)

C) Syndromes biologiques isolés : 10 cas

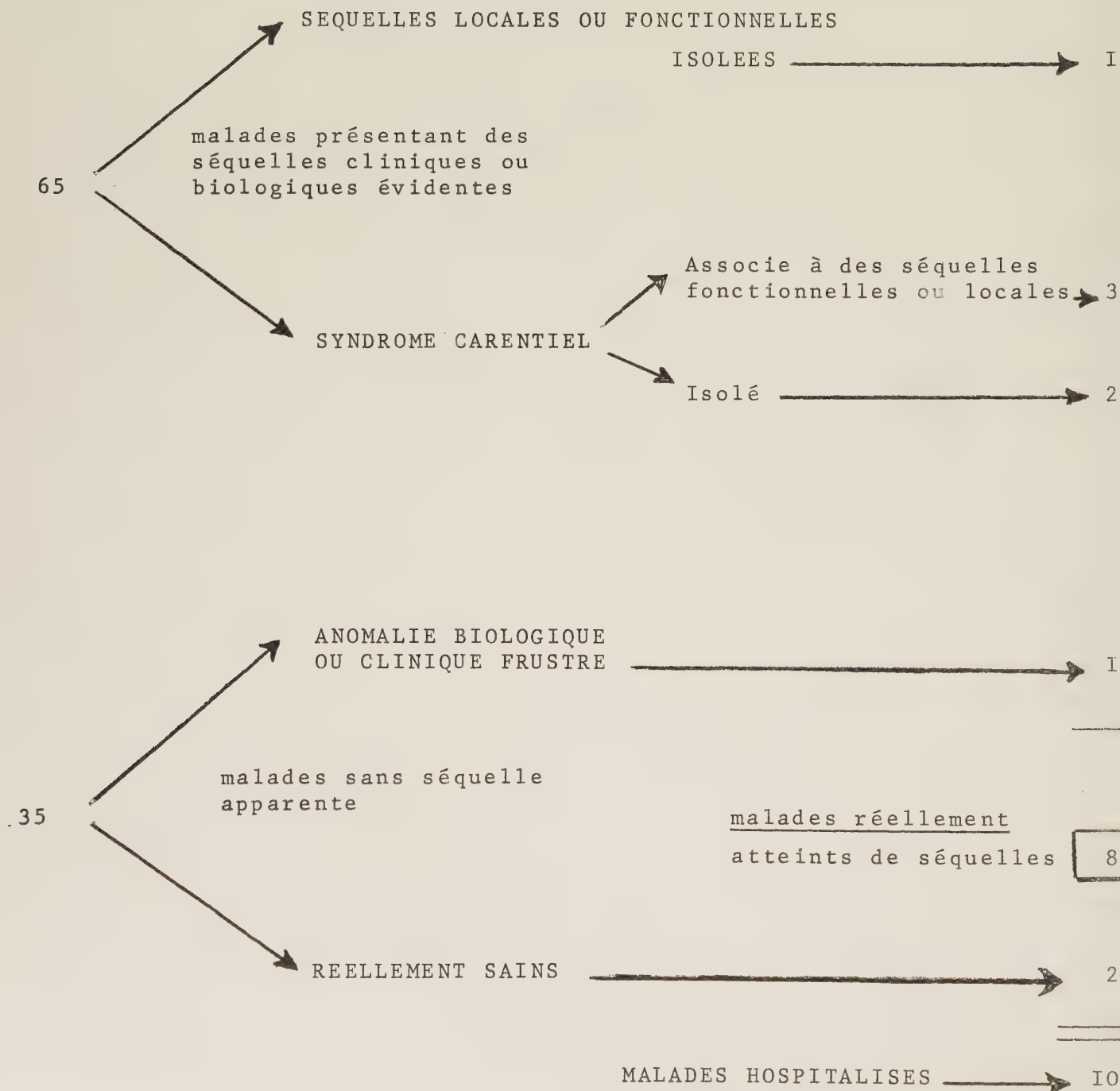
1 - Anémie normochrome :	2
2 - Anémie hypochrome :	1
3 - Hypoprotidémie :	3
4 - Anémie et hypoprotidémie :	3
5 - Hypocalcémie :	1

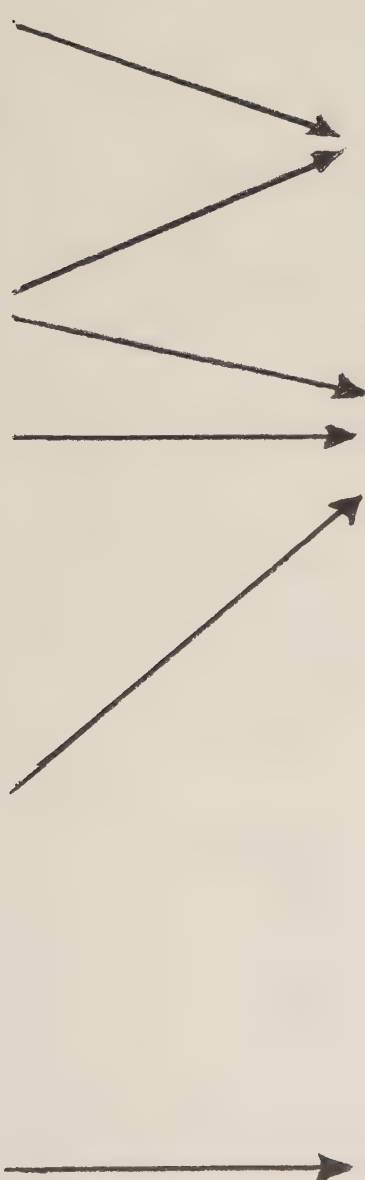
D) Malades sans séquelles biologique ou clinique : 20 cas

TABLEAU RESUME

-oOo-

-TABLEAU RESUME-





SEQUELLES LOCALES

42

OU FONCTIONNELLES

SYNDROMES CARENTIELS

69

cliniques ou biologiques

20

SUJETS INDEMNES

E) Biologie

Sur les 100 gastrectomisés étudiés, nous avons :

- 69 syndromes carenciels cliniques
- 31 sujets non dénutris

En raison de l'étude biologique incomplète de certains malades, nous n'avons retenu que 58 cas, les 42 autres malades étant non dénutris ou explorés insuffisamment.

1) Etude de la protidémie

- Protidémie égale ou inférieure à 7 g / 100 ml.
- Abaissée chez - 31 malades cliniquement dénutris : 53,44%
- 11 malades cliniquement non carencés : 26,19%

2) Etude de la calcémie

- Calcémie égale ou inférieure à 9,5 mg / 100 ml.
- Abaissée chez - 23 malades cliniquement dénutris : 39,65%
- 4 malades cliniquement non carencés : 9,52%

3) Etude de l'absorption de la vitamine B 12

- Elimination égale ou inférieure à 10%
- Abaissée chez - 21 malades cliniquement dénutris : 36,20%
- 1 malade cliniquement non carencé : 2,38%

4) Etude de la numération globulaire

- Numération égale ou inférieure à 3.500.000 GR.

- Abaissée chez - 18 malades présentant des signes

cliniques de dénutrition : 31,03%

- 7 malades cliniquement sans

signe de dénutrition : 16,66%

L'hypocalcémie et le défaut d'absorption de la Vitamine B 12 semblent les plus valables pour séparer biologiquement dénutris et non dénutris.

- Sur 27 hypocalcémies, 8 cas s'accompagnaient d'une ostéopathie décalcifiante, associée 6 fois à une insuffisance endocrinienne : thyroïdienne, surrénale ou gonadique.
- La carence en vitamine B 12, 17 fois majeure (élimination égale ou inférieure à 10 %) n'entraînait que 2 fois une anémie hyperchrome mégaloblastique.

IX. - ASSOCIATIONS MORBIDES

A) MALADES SANS SEQUELLES :

20 cas

1) Ethylisme

- Ethylisme :	11 cas	(55%)
- Non éthyliques :	4 cas	(20%)
- Non précisés :	5 cas	(25%)

2) Tabagisme

- Tabagisme :	9 cas	(45%)
- Non fumeurs :	2 cas	(10%)
- Non précisés :	9 cas	(45%)

3) Tuberculose

- Tuberculose : (dont un avant la gastrectomie)	6 cas	(30%)
- Recherche négative :	3 cas	(15%)
- Non précisés : (malades ne manifestant aucun signe clinique ou radiologique en faveur d'une tuberculose).	11 cas	(55%)

4) Troubles psychiques

- Troubles psychiques : (dont 2 dus à un éthylisme majeur)	6 cas	(30%)
- Sans trouble :	2 cas	(10%)
- Non précisés :	12 cas	(60%)

B) SUJETS AVEC SEQUELLES :

80 cas

1) Ethylisme

- Ethylisme :	45 cas	(56,25%)
- Non éthyliques :	21 cas	(26,25%)
- Non précisés :	14 cas	(17,50%)

2) Tabagisme

- Tabagisme :	44 cas	(55,00%)
- Non fumeurs :	18 cas	(22,50%)
- Non précisés :	18 cas	(22,50%)

3) Tuberculose

- Tuberculose : (dont 7 avant la gastrectomie)	26 cas	(32,50%)
- Recherche négative :	17 cas	(21,25%)
- Non précisés : (malades ne présentant aucun signe clinique ou radiologique en faveur d'une tuberculose)	37 cas	(46,25%)

4) Troubles psychiques

- Troubles psychiques : (dont 7 dus à un éthylisme majeur)	27 cas	(33,75%)
- Sans trouble :	9 cas	(11,25%)
- Non précisés :	44 cas	(55,00%)

Au total nous notons :

1) Ethylisme : 56 malades .

- Sans séquelle : 11 cas (55, %)

- Avec séquelles : 45 cas (56, 25 %)

L'éthylisme, fréquent chez les gastrectomisés, ne semble pas jouer un rôle aggravant majeur.

2) Tabagisme : 53 malades.

- Sans séquelle : 9 cas (45, %)

- Avec séquelles : 44 cas (55, %)

Le tabac a ici un rôle net : il est responsable d'une augmentation de 10 % du nombre de séquelles chez les gastrectomisés.

3) Tuberculose : 32 malades .

- Sans séquelle : 6 cas (30, %)

dont un (5 %) avant la gastrectomie.

- Avec séquelles : 26 cas (32, 50 %)

dont sept (14 %) avant la gastrectomie.

La fréquence de la tuberculose est légèrement plus élevée chez les malades atteints de séquelles (2,50 %) ;

Cependant il apparaît que la tuberculose avant la gastrectomie semble être responsable d'un nombre plus important de séquelles, que la tuberculose contractée après l'intervention.

4) Troubles psychiques : 33 malades .

- Sans séquelle : 6 cas (30, %)

dont deux (10, %)
éthyliques majeurs)

- Avec séquelles : 27 cas (33, 75 %)

(dont sept (8, 75 %)
éthyliques majeurs) .

Ces troubles sont extrêmement variés :

- Anxiété : +++
- Névropathie : ++
- Dépressions : ++
- Troubles du comportement
- Sénilité
- Paraphrénie

etc ...

et il est souvent difficile de préciser si ces troubles sont antérieurs ou postérieurs à la gastrectomie.

Nous avons donc sur 100 malades gastrectomisés :

- Ethylisme : 56 %
- Tabagisme : 53 %
- Tuberculose : 32 %
- Troubles psychiques : 33 %

Il est intéressant de comparer ces chiffres à ceux portant sur la totalité des sujets hospitalisés dans le service, soit : 5967 malades admis pour :

- | | | |
|------------------------|---------|---------------------|
| - Cirrhose : | 153 | } 473 cas (12,61 %) |
| - Ethylisme : | 320 cas | |
| - Tuberculose : | 169 cas | (2,83%) |
| - Troubles psychiques: | 747 cas | (12,52%) |

Chez ces 5967 malades , le tabagisme n'a pu être relevé systématiquement.

X - RESULTATS

A) RESULTATS SUR LE PLAN GASTRIQUE :

- Bons :	59 %
- Moyens :	5 %
- Mauvais :	35 %
- Non précisé :	1 %

Ces résultats sont ici appréciés davantage sur l'interrogatoire du malade, qui nous précise s'il ressent une amélioration des signes fonctionnels ou non, plutôt que sur les séquelles locales que nous avons pu déceler lors de son hospitalisation.

B) RESULTATS SUR LE PLAN SOCIAL :

- Bons :	38 %
- Moyens :	8 %
- Mauvais :	40 %
- Non précisés ou décédés :	14 %

De notre étude, il ressort que les résultats sociaux apparaissent peu satisfaisants.

En fait, la gastrectomie est moins souvent mise en cause, que les facteurs associés (éthyisme notamment) qui prennent une importance primordiale .

- COMMENTAIRES -

Cette étude, portant sur les 100 premiers cas de gastrectomie pour ulcères gastro-duodénaux recensés dans le service, ce qui représente 1,67% de nos hospitalisés, présente l'intérêt d'être non discriminative :

- . malades tout-venants
- . service de Médecine Interne récent
- . recherche systématique des séquelles chez tout gastrectomisé depuis plus de 3 ans, dans la mesure où le malade est resté suffisamment longtemps dans le service.

- Sur 100 cas de gastrectomie, nous observons un fort pourcentage d'hommes (82%) par rapport aux femmes (18%).

Aux Etats-Unis, Donald KEMP au West Middlesex Hospital retrouve dans une étude récente (GUT. 1967, VIII, 151-165) des pourcentages légèrement différents :

Hommes : 75,01%

Femmes : 24,99%

Madame AYACHE, dans sa thèse sur la fréquence des antécédants de gastrectomies dans une consultation de Médecine générale, retrouve : 80,70% d'hommes ayant été gastrectomisés contre 19,30% de femmes.

- . BADER obtient un nombre voisin de 84% d'hommes
- . De même, pour LESOURD (thèse 1965) sur 844 gastrectomies des 2/3 pour ulcère, 84,50% des malades sont du sexe masculin.

- L'âge de nos hospitalisés se répartit entre 21 et 85 ans, avec un maximum entre 60 et 75 ans ; l'âge des consultants en Médecine, dans la thèse de Madame AYACHE, se situe entre 21 et 91 ans, avec un maximum situé entre 41 et 75 ans.

HEULLY, de REN, GAUCHER et collaborateurs (séance de la Société de Gastro-Entérologie du 8.1.1968) sur 200 gastrectomies effectuées chez des militaires trouve un âge moyen entre 50 et 60 ans.

- Il est également intéressant de rechercher l'âge de nos malades hospitalisés au moment de leur gastrectomie.

Dans sa consultation, Madame AYACHE a établi l'âge de ces malades au moment de leur intervention : celui-ci s'étale entre 21 et 79 ans, avec un maximum d'intervention entre 31-35 ans et 46-55 ans.

BADER, sur 2.703 malades, situe la plus grande fréquence de l'intervention entre 50 et 60 ans.

Notre statistique est ici différente, le plus jeune de nos malades a été opéré à l'âge de 18 ans, et le plus vieux à 74 ans. Le maximum d'intervention est entre 60 et 65 ans.

- L'origine ethnique est également intéressante à étudier ; nous constatons notamment 84% de Métropolitains et 8% de Nord-Africains.

Madame AYACHE obtient seulement 64,50% de Métropolitains et 9,70% de Nord-Africains.

- Dans notre étude, l'ancienneté de la gastrectomie n'est retenue qu'à partir de 3 ans minimum et s'étend jusqu'à 35 ans, avec un recul maximum situé entre 15 et 20 ans.

Madame AYACHE voit l'ancienneté moyenne se situer entre 10 et 15 ans.

- Les causes ayant motivé l'intervention n'ont été recherchées que dans 45 cas, en raison de l'absence de compte-rendus opératoires et de l'interrogatoire du malade souvent imprécis dans ses réponses.

Nous avons plus facilement reconnu le type de l'intervention dans 89% des cas, où la fréquence de la technique Billroth II est de près de 70% des cas.

- Le siège de l'ulcère a pu être précisé chez 84 malades et nous avons ;

41% d'ulcères gastriques

43% d'ulcères duodénaux.

Donald KEMP, aux U.S.A., obtient un pourcentage sensiblement différent :

Ulcères duodénaux : 70,60%

Ulcères gastriques : 29,40%

- Les motivations apparentes de l'hospitalisation actuelle sont sans rapport avec la gastrectomie dans 40% des cas.

. En consultation, Madame AYACHE constate que 64,50% des malades sont venus pour des troubles sans aucun rapport avec leur gastrectomie. Le reste, soit 35,50%, des consultants, sont venus pour des troubles plus ou moins en rapport avec la gastrectomie (gastrite, troubles de l'évacuation du moignon, syndrome général).

- Les séquelles tardives des gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux sont évidentes chez 65% de nos hospitalisés, 35% étant sans séquelle apparente.

. Les séquelles anatomiques locales et fonctionnelles sont retrouvées 42 fois :

- 5 cas d'ulcères peptiques : 5%
- 2 cas de cancérisations des moignons : 2%
- 3 cas de gastrites ou stomites : 3%
- 1 cas d'occlusion récidivante : 1%
- 21 cas de Dumping-syndromes : 21%
- 5 cas de syndromes tardifs : 5%
- 3 cas de syndromes de reflux gastro-œsophagien : 3%
- 2 cas de syndromes du petit estomac : 2%

. TRAISSAC, PERISSAT et BERAUD, du Centre de Réforme de BORDEAUX, ont au VI^e Congrès International de Thérapeutique (Octobre 1959) rapporté une étude portant sur 197 cas de gastrectomie pour lésions bénignes de l'estomac.

Ils notent 49 fois des lésions organiques :

- 5 cas d'ulcères peptiques : 2,53%
- 6 cas d'ulcères du moignon : 3%
- 17 cas de stomites ou gastrites : 8,63%

- 18 cas de reflux gastro-oesophagien : 9,13%

- 3 cas de gastro-jéjunites : 1,52%

. Les troubles fonctionnels sont rapportés 88 fois souvent associés à d'autres lésions.

- 32 cas de Dumping-syndromes : 16,24%

- 14 cas de syndromes tardifs : 7,11%

- 21 cas de diarrhées : 12,69%

- 21 cas d'épigastalgies persistantes : 12,69%

. Parmi les troubles généraux, nous avons noté chez 54 malades (54%) un syndrome carentiel clinique ou biologique évident, isolé ou associé à d'autres lésions. Chez 15 malades apparemment indemnes, on a isolé un syndrome carentiel présentant une anomalie biologique.

TRAISSAC, PERISSAT et BERAUD ont observé des troubles généraux chez 23 malades :

- 7 cas d'anémies : 3,55%

- Pas de carence grave : 0%

- 5 cas d'asthénies : 2,53%

- 7 cas de maigreur : 3,55%

- 3 cas associés : 1,52%

- 1 cas d'impuissance : 0,50%

De leur côté, HEULLY, de REN et collaborateurs, sur 200 militaires gastrectomisés obtiennent des résultats différents :

- <u>Séquelles locales et fonctionnelles</u> :	
- Ulcère peptique :	3, 50%
- Ulcère du moignon :	3, 50%
- Stomite ou gastrite :	18, 50%
- Reflux gastro-œsophagien :	7 %
- Dumping-syndrome :	46, 50%
- Syndrome tardif :	11 %
- Diarrhée :	34 %
- Epigastralgie persistante :	10 %
- <u>Séquelles générales</u> :	
- Anémie :	2 %
	(mais étude très incomplète)
- Maigreur :	42 %
- Asthénie :	47 %

Les troubles généraux sont essentiellement dus aux conditions générales de la nutrition.

GASBARRINI, FAGGIOLI (Archiv. Ital. Malattie Apparato Digente 31 (6), XI et XII 1964, 575-580) sur 1.740 gastrectomies pour ulcères montrent l'importance de la nutrition. Le pourcentage des troubles subjectifs qu'ils ont observé est

d'autant plus élevé que les conditions de nutrition sont mauvaises.

Pour DEMOLE, ULMAN et collaborateurs (Presse Médicale 73, (8) 13 Février 65, 397-400), la gastrectomie comporte de façon quasi-constante un certain degré de dénutrition bien souvent sans manifestation clinique. Cette malnutrition est responsable de la plupart des séquelles de cette opération. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une prophylaxie diététique des séquelles.

BONFILS, TREMOLLIÈRES (Arch. des Maladies de l'Appareil Digestif 1958, 47, 245-260) ont montré que le plus souvent les gastrectomisés avaient une alimentation déséquilibrée, et que s'ils étaient dénutris, c'est parce qu'ils ne mangeaient pas assez ou mal ; ceci, en raison d'une limitation volontaire de l'alimentation par le sujet, qui essaie ainsi de prévenir l'apparition de troubles post-prandiaux, fréquents chez les gastrectomisés.

Sur le plan biologique, nous avons recherché les conséquences de cette malnutrition, en étudiant chez nos malades hospitalisés :

- la protidémie
- la numération formule sanguine et le fer sérique
- la calcémie
- le test de Schilling.

A) LA PROTIDEMIE

- Sur les 100 cas de gastrectomies vus dans le Service, nous avons observé : 42 cas où la protidémie était abaissée en-dessous de 7 g / 100 ml., entraînant un état de dénutrition.

. TREMOLLIÈRES, dans une étude portant sur 25 cas de dénutrition secondaire à la gastrectomie, les décompose ainsi :

- Dénutrition due à une simple réduction alimentaire : 17 cas
sur 25
- Etat de maigreur constitutionnelle : 3 cas sur 25
- Etat de dénutrition dû à un défaut d'utilisation digestive : 1 cas sur 25.

. BERNIER, VIDON, LAMBLING confirment (Arch. Maladies Appareil Digestif et Maladies Nutrition 54, (12), Décembre 1965, 1.251-1.262), le fait selon lequel la dénutrition des gastrectomisés portait principalement sur le secteur protéique.

B) LES ANEMIES DES GASTRECTOMIES

- Nous n'avons découvert chez nos hospitalisés que 25% d'anémie (NSF égale ou inférieure à 3.500.000 GR.). Nous n'avons retrouvé que 2 fois une anémie hyperchrome mégaloblastique.

. Les anémies ont été depuis longtemps étudiées, notamment, par FAUVERT et HARTMANN qui les classent en :

- Anémies hypochromes ferriprives : ce sont celles qui nous ont paru les plus fréquentes.
- Anémies hyperchromes mégaloblastiques, type anémie de Biermer, rencontrées ici 2 fois (2%).
- Anémies protéoprives : que nous avons certainement méconnues, en raison de techniques hématologiques trop complexes que nous n'avons pu entreprendre.

Ces anémies ne sont guéries que par la correction de l'hypoprotidémie, à l'exclusion de tout autre traitement.

- . Nous avons essayé d'étudier la répercussion de la gastrectomie sur le taux de fer sérique, mais nous avons recueilli un nombre trop restreint d'examens pour en tirer des conclusions significatives.
- . D'après MAILLIARD (American Journal of Gastroenterology 45, (2) Fév. 1966, 109-113), on peut voir de sévères déficits d'absorption du fer après une gastrectomie ; habituellement, cette carence en fer s'inscrit dans un ensemble de carences. On la palie par une correction orale, et si celle-ci échoue, on pourra recourir à l'administration parentérale de fer.

C) LE TEST DE SCHILLING

Nous avons observé une élimination de la vitamine B12 égale ou inférieure à 10% chez 22% de nos hospitalisés.

- . LARCAN, STREIF (Annales Médicales de Nancy) ont démontré, à la suite de 21 observations, que la gastrectomie partielle entraîne dans un certain nombre de cas, une chute de l'absorption de la vitamine B12, coexistant avec une réduction de la chlorhydrie gastrique et une stéatorrhée.

Le moignon gastrique n'assure plus sa fonction sécrétoire en raison de :

- Atrophie de la muqueuse restante (Travaux de DELLER et WITTS)
- Suppression de la zone reflexogène antrale
- Diminution de l'absorption jejunaie du fait de l'accélération du transit et de la stéatorrhée.
- . WILLIAMS, BAUME (Lancet : 12 Février 1966, 342-344) ont constaté que l'état général des malades, gastrectomisés et carencés en vitamine B12, s'améliorait après un traitement substitutif de vitamine B12, et ils préconisent l'emploi prolongé de vitamine B12 injectable chez les gastrectomisés ayant un taux de vitamine B12 circulante, inférieur à la normale.

D) LA CALCEMIE

Nous avons découvert dans notre étude 27% d'hypocalcémies (égales ou inférieures à 9,5 mg. / 100 ml.) .

Chez ces 27 malades hospitalisés, 8 étaient porteurs d'une ostéopathie décalcifiante de type ostéomalacie.

Selon les auteurs, la fréquence de l'ostéomalacie chez les gastrectomisés est assez

VARIABLE

- . DE SEZE (Ligue Française contre le rhumatisme-Séance du 21 Mars 1962) sur 42 gastrectomisés, constate :

27 fois des modifications biologiques sans participation apparente du squelette, soit 64,30%, et 15 fois (35,70%) l'existence de lésions osseuses, dont 12 étaient des ostéomalacies (28,60%).

En fait, sur les 28 gastrectomisés sans lésion osseuse apparente, on décèle de nombreuses anomalies dans le bilan phospho-calcique.

- . Plus récemment, MORGAN, PATERSON et collaborateurs (Lancet (7422), 27-XI-1965, 1085-1088) montrent que leurs résultats vont à l'encontre des publications antérieures.

Sur 1.228 gastrectomisés, il n'y eut que 6 cas d'ostéomalacie vraie comportant les stigmates cliniques, biologiques, authentifiés par biopsies osseuses.

- . Dans le même sens, GIRARD, VIGNON et collaborateurs (Archives Françaises de l'Appareil Digestif, 56 (4) Avril 1967, 275-294) constatent que l'ostéomalacie n'est pas une complication très fréquente de la gastrectomie. Pour ces auteurs, l'achylie, la carence calcique, la stéatorrhée et l'exclusion duodénale ne semblent pas séparément responsables de la maladie ; il existerait une pluralité pathogénique.
- Ces mêmes auteurs insistent sur le fait de soumettre les malades gastrectomisés à des dosages biologiques simples pour dépister et traiter cette ostéopathie, avant que les signes cliniques et radiologiques ne témoignent déjà d'un lourd déficit calcique.

Les associations morbides, rencontrées chez les gastrectomisés sont connues depuis longtemps.

On a insisté notamment sur la fréquence de :

- l'éthylisme
- les troubles psychiques
- la tuberculose.

L'éthylisme, dans notre étude, a été observé chez 56%, les troubles psychiques chez 33% et la tuberculose chez 32% de nos gastrectomisés.

. Madame AYACHE, dans sa thèse portant sur 93 gastrectomisés consultants de Médecine Générale, obtient des pourcentages différents :

- | | |
|------------------|--------|
| - Ethyliques : | 8,60 % |
| - Psychopathes : | 7,50 % |
| - Tuberculeux : | 15 % |

L'éthylisme, facteur déclenchant ou aggravant de la maladie ulcéreuse amenant souvent à une gastrectomie, ou l'éthylisme survenant après l'intervention ont été longuement décrits ces dernières années. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet bien connu. Il nous semble plus intéressant de retenir l'association : gastrectomie - éthylisme - troubles psychiques.

. DUBLINEAU, pour la première fois en France (Ann. Méd. Psych. 1950, 1, 615-619) souligne le rôle néfaste de la gastrectomie dans les psychoses alcooliques.

- . En 1955, MARTIMOR, DEREUX, NICOLAS-CHARLES (Méd. Psy. 1955, 2, N°4, 668-673) constatent que, sur 244 hommes internés, 10% étaient atteints de maladie ulcéreuse et 8% avaient subi une gastrectomie (rappelons qu'il s'agit ici de sujets sélectionnés : malades internés dans un service psychiatrique).
- . HILLEMAND, MAFFEI et HILLEMAND (Arch. Mal. App. Digest. 1952, 41, n°7 - 8, 747-762) rappellent que les troubles psychiques ne sont pas à négliger et que l'intervention est à proscrire lorsque les malades ulcéreux présentent des troubles à type de dépression ou d'anxiété.

SENEQUE, DEBRAY, PERGOLA et HOUSSET (Journal de Chirurgie 1953, 69, 917-930) constatent les effets déplorable de la gastrectomie chez les grands déprimés.
- . Dans le même sens, STALPORT (Arch. Françaises Mal. App. Digest. 55, 10, Octobre 1966, p. 966) conclut que les mauvais résultats de la gastrectomie restent bien souvent les résultats des mauvaises indications. L'étude psychologique voire psychanalytique du malade constitue un élément important de cette indication.
- . MARTIMOR et collaborateurs (Presse Médicale 11 Août 1956) arrivent aux conclusions suivantes :

- 1) La gastrectomie est près de 4 fois plus fréquente chez les éthyliques hospitalisés pour syndrome neuro-psychiatrique que chez les autres malades mentaux, ou dans la population générale.
- 2) Pour la plupart des malades, la séquence a été : alcoolisme - ulcère - gastrectomie - internement.

Les auteurs soulignent la fréquence considérable de la gastrectomie pour ulcère chez les alcooliques souffrant de troubles mentaux, 5 à 20% selon les différentes statistiques relevées dans la littérature, contre 1 à 2% dans la population générale.

L'association tuberculose et maladie ulcéreuse se rencontre parfois, et l'on sait le pronostic peu satisfaisant des gastrectomies chez les tuberculeux.

Cependant, nous devons ^{Re Tenir} une fréquence plus importante de la tuberculose succédant à une gastrectomie pour ulcère, vraisemblablement en raison de l'état de carence de la plupart des gastrectomisés.

. MERKEL (Gastroentérologia 101, Janvier 1964, 20-31) en Autriche, constate que la morbidité tuberculeuse des femmes gastrectomisées ne diffère pas de celle des femmes non gastrectomisées, mais il existe une fréquence nettement supérieure de la tuberculose pulmonaire chez les hommes gastrectomisés.

MERKEL attribue ce résultat au grand nombre d'alcooliques parmi les nommes gastrectomisés : l'addition du trouble nutritionnel consécutif à l'ablation partielle de l'estomac avec celui déterminé par l'alcoolisme chronique explique la fréquence de la tuberculose.

- . En fait, il apparaît que ces trois facteurs : Ethylisme, Tuberculose et Troubles Psychiques, sont bien souvent intriqués et leur association augmente sensiblement le risque de mauvais résultats. L'éthylisme est responsable de :

- l'aggravation de la maladie ulcéreuse entraînant une altération de l'état général, ouvrant ainsi la porte à la tuberculose
- troubles psychiques qui contribuent souvent à une poussée de la maladie ulcéreuse ou à l'apparition de séquelles fonctionnelles secondaires à la gastrectomie (rôle psycho-somatique).

Par contre, le tabagisme (1 paquet de cigarettes par jour ou l'équivalent) ne semble pas être l'objet d'études approfondies, et il nous apparaît, en regard de notre statistique (53%) que celui-ci, bien que souvent associé à l'éthylisme, soit responsable des mauvais résultats de la gastrectomie. Il nous faut donc insister sur l'extrême importance du tabac dans toute maladie de l'estomac. La plupart des échecs ont été observés chez les gastrectomisés fumeurs.

En conclusion, il nous paraît primordial d'effectuer, outre l'examen systématique clinique et biologique habituel d'un malade gastrectomisé, une enquête approfondie sur son mode de vie, en insistant sur la quantité de tabac fumée par jour et sur l'ancienneté de cette intoxication. Nous ne saurions que trop recommander l'arrêt total du tabac après toute intervention gastrique.

Cette restriction, associée à une diététique rigoureuse et éventuellement un traitement prophylactique de vitamine B12, devrait faire augmenter sensiblement les résultats satisfaisants de cette intervention.

CONCLUSIONS

-oOo-

Au terme de cette étude, portant sur les 100 premières gastrectomies recensées dans le service nouvellement créé du Professeur PEQUIGNOT au C.H.U. de COCHIN, nous avons analysé successivement :

- 1) La répartition des gastrectomies selon le sexe des malades qui montre un fort pourcentage d'hommes (82%) par rapport aux femmes.
- 2) - L'âge des malades au moment de leur hospitalisation qui présente un maximum entre 65 et 70 ans.
- Le poids moyen de ces gastrectomisés au moment de leur nouvelle hospitalisation, qui se situe entre 55 et 60 kg.
- La répartition ethnique ^{notamment} porte sur 84 % de métropolitains et 8 % de sujets méditerranéens (A.F.N. et Proche-Orient)
- 3) Ancienneté moyenne de la gastrectomie établie entre 3 et 35 ans avec un recul maximum situé entre 15 et 20 ans.
- 4) Motif de la gastrectomie : l'indication chirurgicale pour résistance au traitement apparaît dans 21% des cas, alors que les gastrectomies d'urgence représentent 24% des malades.
- 5) Sièges de l'ulcère : 43% d'ulcères duodénaux
41% d'ulcères gastriques

6) Type de la gastrectomie : 85% malades ont été opérés selon la technique de Bilioth avec anastomose type Pean 16% ou Polya-Finsterer 69%.

7) Les motivations apparentes de l'hospitalisation actuelle, dont la majorité résulte de raisons sans rapport direct avec la gastrectomie (40%).

On note cependant 11% de malades admis pour troubles d'origine gastrique.

8) Séquelles tardives : nous avons observé des :

- séquelles locales ou fonctionnelles isolées : 42 cas
- syndromes carenciels : 69 cas
 - . soit associés à des séquelles locales ou fonctionnelles
 - . soit isolés
 - . soit révélés par une étude biologique systématique

9) Associations morbides : si la fréquence de la tuberculose, des troubles psychiques (33%) et de l'éthylisme (56%) est bien connue, il nous paraît intéressant de préciser l'importance du tabagisme (53%) qui, jusqu'à présent, a été trop négligée et qui apparaît comme responsable d'une augmentation de 10% des séquelles chez les gastrectomisés.

10) Résultats : les résultats de la gastrectomie sont satisfaisants dans 59% des cas, les autres malades (41%) n'ayant obtenu que des résultats moyens ou mauvais.

Sur le plan social les résultats favorables sont réduits (38%),
cependant, l'origine ethnique, l'habitus et le modus vivendi sont
bien souvent responsables des échecs que l'on attribue, à tort, à
la gastrectomie Seule.

Vu, le Président de Thèse

Professeur H. PEQUIGNOT

u le Doyen,



du le Recteur

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

GÉNÉRALITÉS SUR LA GASTRECTOMIE
DANS LES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

- 112 -

SENNI N.

Indications et résultats avec Billroth I.

Zbl. Chir., 10 juil. 1965, 90, n° 28, 1662-1671 (Bibliogr.).

RUEFF F.L.

La résection gastrique classique aux 2/3 pour ulcère est-elle encore justifiée aujourd'hui ?

34è journée Soc. allemande Chir., in Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1967, 319, 273-281.

SERAFINOV K.

Notre expérience de la gastrectomie Billroth I pour ulcère et cancer gastro-duodénaux.

Internat Surg., janv. 1967, 47, n° 1 (I), 43-56 (Bibliogr.).

KLOSSNER O.

Etudes de la gastrectomie partielle Billroth II pour ulcère gastro-duodénal chronique.

Acta chir.scand., 1966, suppl. 357, 177-180.

WASMAYR M.

Troubles d'évacuation post-opératoire dans la gastrectomie suivant Billroth I.

Wien. Klin. Wschr., 15 oct. 1965, 77, n° 41, 782-783 (Bibliogr.).

LEMERCIER M., GOUTALLIER D.
et DESBIEZ P.

Etude de 115 cas de gastrectomie partielle avec anastomose gastro-duodénale. (Résultats lointains particulièrement).

Ann. Chir., mars 1967, 21, n° 5-6, C.329-C.337 (Bibliogr.).

MANSOURI H.
et coll

Les gastrectomies avec rétablissement de la continuité duodénale dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux, A propos de 198 cas.

Tunisie méd., sept.-oct. 1967, 45, n° 5, 321-341.

KUHLMANN N.
et coll.

Quelques considérations sur la technique de la gastrectomie aux 2/3 avec anastomose gastroduodénale selon Pean. (Billroth.I).

Strasbourg méd., nov. 1969, 20, n° 9, 815-822, 7 fig.

ZINEVICH V.P.

Caractères comparatifs des résultats tardifs après résection gastrique d'après Billroth II avec anastomose des anses courtes et longues chez les malades ayant un ulcère gastro-duodéal.

Khirurgia (Moscou), 1966, n° I, 131-135.

NEUDEL G. et VOGEL K.

Intervention pour ulcère gastrique d'après Billroth I.

Zbl. Chir., 18 oct. 1969, 94, n° 42, 1389-1391.

BRAUNER G.

Trouble post-opératoire du transit après résection gastrique Billroth II, après réalisation d'une anastomose partielle.

Zbl. Chir., 16 av. 1966, 91, n° 16, 607-609 (Bibliogr.).

FRANCO de MEDINACELLI

La gastrectomie des deux tiers suivie d'anastomose gastro-duodénale "à la Pean", proposée comme intervention de choix dans le cure chirurgicale des ulcères duodénaux.

Thèse Paris 1967, n° 1013, 43 pages.

ASSEFF J.S.

Technique de gastrectomie avec anastomose gastro-duodénale (Billroth I).

Hospital, mars 1970, 77, n° 3, 755-764, 7 fig.

SHALIMOV A.A., SAENKO V.F., ZAITSEV V.T. et DALAVURAK V.P.

Les principaux traitements chirurgicaux fondamentaux des ulcères gastriques et duodénaux.

Khirurgia (Moscou), 1970, n° 6, 23-28 (Bibliogr.).

SCHOLZ O. et MOTHES W.

Résection gastrique Billroth II dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal.

Munch. med. Wschr., 17 fév. 1967, 109, n° 7, 340-346, 5 tabl. (Bibliogr.).

KIRSCH R.

L'intervention la plus petite est-elle la meilleure dans l'ulcère gastrique.

Zbl. Chir., 18 oct. 1969, 94, n° 42, 1401-1404.

IVANOV V.A. et GOLDIN V.A.

La résection plastique de l'estomac et la gastrectomie.

GENERALITES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICALE DE L'ULCERE

PARIS J., GERARD A.,
PARIS J.Cl. et AOUN A.

A propos du traitement chirurgicale de l'ulcère duodénal.

Arch. franc. Mal. App. dig., juin 1970, 59, n° 6, 391.

SILBERMAN V.A.
et WINKLEY J.H.

Traitement chirurgicale de l'ulcère gastro-duodénal.

Arch.Surg., juil. 1968, 97, n° 1, 84-95, 14 fig. (Bibliogr.).

KUNZ H.

Etat actuel du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal.

Munch. med. Wschr., 19 juil. 1968, 110, n° 29, 1689-1696, (Bibliogr.).

KOLOMIICHENKO M.I. et BOIKOV Y.P.

Evaluation des méthodes de traitement chirurgical de l'ulcère gastroduodénal.

Khirurgia (Moscou), 1970, n° 6, 16-23, (Bibliogr.).

ALLGOWER M. et MEINE J.

La chirurgie de l'ulcère gastroduodénal aujourd'hui.

Méd. et Hyg., 25 juin 1969, 27, n° 877-773-774 (Bibliogr.).

LENOBLE J.C.

Le traitement chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux.

Méd. et Libertés, oct. 1966, 18, n° 29, 51-56

HOLLENDER L.F., EDELMANN G., PERROTIN J., GROSDIDIER J. et LE QUINTEC Y.

Entretiens Bichat (Chirurgie et Spécialités), 1967, II-12.

Table ronde : l'orientation actuelle du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal et de leurs complications.

DAWSON J.L.

Ulcère gastro-duodénal. Traitement chirurgical.

Brit. Med. J., II oct. 1969, 4, n° 5675, 102-105. (Bibliogr.).

SAVAGE L.E. et Mc VAY C.B.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastroduodénal.

Am. J. Surg., fév. 1970, 119, n° 2, 191-196, 12 tabl. (Bibliogr.).

POILLEUX F.

Notre orientation actuelle dans la thérapeutique des ulcères gastriques.

Bull. Acad.nat.Méd., 1970, 134, n° 17-18, 409-414.

Indication optimale de l'opération chirurgicale de l'ulcère duodénal.

Brit. Med. J., 8 Août 1970, 3, n° 5718, 295-296 (Bibliogr.).

BEREZOV Y.E. et ERMOLOV A.S.

La chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal.

Khirurgia (Moscou), 1970, n° 4, 30-36, 6 fig. (Bibliogr.).

MILLERET P. et FRANCOIS J.

L'ulcère gastro-duodénal (suite). Les principales interventions dans les ulcères gastro-duodénaux.

J. Méd.Nord et Est, mai 1970, 7, n° 5, 19-25.

MARCHAY P.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique.

Vie méd. (chir. gastro-duodénale), 25 nov. 1968, 49, 1421-1429.

OBERHELMAN H.A. jr

Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal.

Am. J. Surg. nov. 1965, 110, n° 5, 688-694 (Bibliogr.).

LAUER P.R.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal.

Am. J. Surg., oct. 1969, 118, n° 4, 587-590 (Bibliogr.).

CHEVILLOTTE R. et SCHULSINGER G.

Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.

B.M.Soc.Chir.Paris, 1969, 59, n° 2, 63-82.

KRONBERGER L. KRAFT-KINZ J.

Revue sur 20 ans de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal à la clinique de Spath à Graz.

Langenbecks Arch.Chir., 1969, 324, n° 4, 334-347, II tabl. (Bibliogr.).

CHAUBIN F.

Traitement chirurgical de l'ulcère duodénal.

Vie méd. (Chir. gastro-duodénale), 25 nov. 1968, 49, 1397-1418, 6 fig.

CARRILLO MAURTUA L.

Sélection des procédés chirurgicaux dans la chirurgie de l'ulcère duodénal.

Rev. Viernes méd., sept.-déc. 1969, 20, n° 3, 234-250, Bibliogr.).

FONTAINE R. BABIN S., L'HUILLIER B., LEMPET M. LOUIS P.

Notre expérience du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal.

Gaz. Hôp., 29 fév. 1968, 140, n° 6, 159-160.

ZAKHAROVA G.N., NIKTFOROV B.I. et KATS V.N.

Une évaluation comparative des méthodes de résections gastriques d'après les résultats éloignés.

Khirurgia (Moscou), 1968, n° 2, 8-II.

BRILLARD A.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal non compliqué.

Concours méd., 22 juil. 1967, 89, n° 29, 5435-5439.

COMPLICATIONS DE LA GASTRECTOMIE ET DES GASTRO-ENTEROSTOMIES

HERZOG K.-H. et FIEGE A.

Résultats éloignés de la résection gastrique pour ulcère gastro-duodéal.
Chirurg. av. 1966, 37, n° 4, 159-162, 5 fig., 7 tabl. (Bibliogr.).

TENEW S.

Résultats éloignés après résection gastrique pour ulcère gastro-duodéal.
Bruns'Beitr.Klin.Chir., mars 1967, 214, n° 2, 188-193 (Bibliogr.).
Résumé français.

BRETTE R.

Séquelles du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal.
Cahiers Méd. lyonn., 31 déc. 1966, 42, n° 31, 2549-2556.

LESOURD G.

Résultats d'une statistique homogène de 844 gastrectomies des deux tiers pour ulcère.
Thèse Paris, 1965, n° 44, 46 pages.

BORG I. et BORGSTROM S.

Résultats éloignés des résections Billroth I et Billroth dans la chirurgie de l'ulcère.
Bruns'Beitr.Klin.Chir., oct. 1969, 217, n° 6, 481-484, (Résumé français)

SPATH F. et KRONBERGER L.

Syndrome post-gastrectomie.

Zbl. Chir., 1967, 92, n° 26a (I), 6èmes Journées scient. chir. R.D.A. Berlin 27 sept.- 1er oct. 1966, 1271-1276 (Bibliogr.)

OVERZIER C.

Maladies après interventions gastriques (gastrectomies).
Med. Klin., 22 janv. 1965, 60, n° 4, 121-124 (Bibliogr.)

VILYAVIN G.D. et BERDOV B.A.

Aspect clinique, classification et traitement des syndromes postgastrectomiques.
Khirourguia (Moscou), 1969, n° 1, 13-21 (Bibliogr.).

SCHMAUSS A.K. et coll.

Résultats éloignés de la résection pour ulcère à la lumière de la critique de la médecine interne et résultats des examens suivis effectués par des équipes chirurgicales uniformes.

Zbl. Chir., 1967, 92, n° 26a (I) 6èmes Journées scient. chir. R.D.A., Berlin, 27 sept. - 1er oct. 1966, 1293-1299, 5 tabl.

LAZAR D.

Résultats éloignés chez les ulcéreux après gastrectomie Billroth I et Billroth II. Chirurg. nov. 1968, 39, n° II, 517-519 (Bibliogr.).

CHAUBIN F. et SIMON P.

Complications tardives de la chirurgie de l'ulcère gastroduodénal.

Vie méd. (Chir. gastro-duodénale,) 25 nov. 1968, 49, 1445-1472.

BERNDT H.

Résultats éloignés de la gastrectomie.

Deutsche Zschr. Verdauungs-Stoffwechseler, 1965, 25, n° 4, 229-232, 5 tabl.

DULTSEV Y.V. PANTSYREVA L.P. et DVERSON E.G.

Sur les séquelles des interventions opératoires sur l'estomac.

Klinitcheskaiia Med. (Moscou), 1970, 48, n° 5, 47-50 (Bibliogr.).

LEONTIEVA N.S., MESHALKIN IN et OVCHININSKY N.N.

Complications après opérations de l'estomac chez des sujets âgés.

Khirurgia (Moscou) , 1970, n° 6, 46-50, (Bibliogr.)

KOTHE W.

Résultats éloignés après résection gastrique pour ulcère.

Zbl. Chir., 1967, 92, n° 26a (I), 6èmes Journées scient. chir. R.D.A. Berlin 27 sept. - 1er oct. 1966, 1287-1293, II tabl. (Bibliogr.).

GEORGESCU B., STRAJESCU E., MIRAUTA V. et BERCU G.

Résultats des résections gastriques pratiquées pour une maladie ulcéreuse, vérifiés vingt-cinq ans après l'intervention.

Acta gastro-enterol. belg., mars 1970, 33, n° 3, 237-243 (Bibliogr.).

HABIN F.

Complications tardives de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodéal.
J. Agrégés, juin-juil. 1970, n° 6-7, 377-384.

JAMET J.M.

Les séquelles des gastrectomies.

Gaz. méd. France, 10 juil. 1966, 73, n° 13, 2933-2944 (Bibliogr.).

CANCERISATION DU MOIGNON GASTRIQUE
ET DUODENAL APRES UNE INTERVENTION POUR ULCERE

CAVAGNARC C.A. et SALVO A.

Néoplasie de l'estomac résiduel chez le gastrectomisé pour ulcère.

Presse méd. argent., 9 juil. 1965, 52, n° 24, 1493-1495 (Bibliogr.).

JUSTIN-BESANCOR L. et coll.

Les cancers du moignon gastrique.

Sem. Hôp. Paris, 20 déc. 1965, 41, n° 53/8, 3079-3086, 8 fig. (Bibliogr.).

GERSTENBERG E., ALBRECHT. A. KRENTS K. et VOTH H.

Cancer du moignon gastrique : complication tardive de l'estomac opéré ?

Deutsche med. Wschr., 3 déc. 1965, 90, n° 49, 2185-2190, 10 fig. (Bibliogr.).

LAGACHE G. et VANKEMMEL M.

Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère.

Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mai 1966, 20, n° 9-10, 618-631,
7 fig. (Bibliogr.).

LAMBILLIOTTE J.P.

Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie ou gastro-entérostomie
pour ulcère.

Acta gastro-enterol. belg., mai-juin 1965, 28, n° 5-6, 425-439 (Bibliogr.)
(texte français).

MONGES H., LEGRE M., LECOMTE P., ALEMANO J. et VEDEL J.P.

Etude radio-clinique des cancers du moignon gastrique après gastrectomie
pour ulcus.

Arch. Mal. App. dig., mai 1965, 54, n° 5, 552-553.

HOLLENDER L.F., MULLER P. et SANTIZO G.

La cancérisation secondaire du moignon restant après résection gastrique subtotale pour ulcère. Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de 15 observations.

Arch. franc. Mal. App. dig., juil.-Août 1966, 55, n° 7-8, 625-644, 6 tabl. (Bibliogr.)

KUZIN M.I. et coll

Gastropie et gastrobiopsie du moignon gastrique chez les malades ayant des syndromes postopératoires (cancer, ulcère, gastrite postopératoire).

Khirurgia (Moscou), 1970, n° 3, 53-58 (Bibliogr.).

COTE R.

Cancer de l'estomac après résection de l'estomac pour ulcère.

Laval. méd., janv. 1965, 36, n° 1, 57-81, 9 fig., 13 tabl. (Bibliogr.).

DESCHAMPS M.S.J.

A propos de trois nouvelles observations de cancérisation tardive d'estomacs opérés pour lésion bénigne.

Thèse Paris, 1969, n° 583, 46 pages.

LEDOUX-LEBARD G., LAURENT Y., BROU (Melle) et LALLEMAND D.

Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie.

J. Radiol. Electrol., mars-av. 1966, 47, n° 3-4, 120-123 (Bibliogr.).

HOLLENDER L.F. et ADLOFF M.

Les cancers sur moignon restant après résection gastrique pour ulcère.

Sem. Hôp. Paris, 20 mai 1966, 42, n° 24, 1518-1519.

LEVRAT M. et coll.

Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère.

Marseille méd., 1965, 102, n° 10, 769-774 (Bibliogr.).

COMPLICATIONS OESO-GASTRIQUES

LARENA A., FUCHS K. et LAUFENBERG E.

Evaluation et traitement de la "gastrite hémorragique" des estomacs gastrectomisés.

Brunschwig Beitr. Klin. Chir., déc. 1969, 217, n° 7, 589-596, 5 fig. (Bibliogr.).
(Résumé français).

LATASTE J. et GONTHIER F.

Les reflux oesophagiens après gastrectomies distales.

Presse méd., 26 av. 1967, 75, n° 20, 1025-1028 (Bibliogr.).

GUTMANN R.-A.

Les complications locales des opérations gastriques (sauf l'ulcère peptique).

J. Radiol. Electrol., mars-av. 1966, 47, n° 3-4, 101-104, 11 fig.

OTTENJANN R. et TOMATIS H.P.

Résultats de la gastrobiopsie endoscopique dirigée. Référence spéciale sur les estomacs opérés.

Prensa méd. argent., 7 oct. 1966, 53, n° 40, 2407-2413, 8 fig. (Bibliogr.).

CHISTOVA M.A. et SERGEEV V.V.

Le syndrome de l'anse afférente après résection de l'estomac.

Khirurgia (Moscou), 1970, n° 4, 40-48, 6 tabl. (Bibliogr.).

HILLEMAND B.

Les complications locales de la chirurgie gastrique (ulcères anastomotiques exclus).

Rev. Praticien, 1 juin 1970, 20, n° 16, 2661-2675 (Bibliogr.).

BERNDT H.

Gastrite après résection gastrique.

Zbl. Chir., 7 août 1965, 90, n° 32, 1813-1819 (Bibliogr.)

KUZIN M.I. et coll.

GastroscoPie et gastrobiopsie du moignon gastrique chez les malades ayant des syndromes postopératoires (cancer, ulcère, gastrite postopératoire).

Khirourguia (Moscou), 1970, n° 3, 53-58 (Bibliogr.).

VARSHAVSKY Y.V. et OSTROVSKAYA I.M.

Reflux gastro-oesophagien après résections distales de l'estomac.

Khirourguia (Moscou), 1969, n° 5, 36-41 (Bibliogr.) (Résumé anglais).

OKRUZHKO I.F.

Les fonctions évacuatrices de l'estomac réséqué chez des malades atteints d'ulcères gastroduodénaux.

Chirurgia (Moscou), 1969, n° 12, 32-34 (Bibliogr.).

RADIOLOGIE DE L'ESTOMAC OPERÉ

LEHTINEN E. et LINNA M.

Observations radiologiques après gastrectomie partielle. Etude en série chez l'homme.

Radiologia clin. biol., 1966, 35, n°4, 239-246 (Bibliogr.). (Résumé français).

DUDLEY H.A.F. et GILLANDERS L.A.

Examen au moyen d'un repas baryté après gastrectomie Billroth I.

Brit. J. Surg., mai 1966, 53, n° 5, 403-407, 8 fig. (Bibliogr.).

PETROV P.N. et OSTROVSKAYA I.M.

Les résultats tardifs de la gastrectomie et de la résection gastrique subtotale avec sa réparation avec un segment isolé du jejunum dans l'image radiologique.

Khirurgia (Moscou), 1966, n° 3, 115-118 (Bibliogr.).

FRIDMAN E.G. et GUSEV F.F.

Nouvelles données sur la fonction de l'estomac réséqué.

J. Radiol. (Moscou), 1965, n° 1, 30-33 (Bibliogr.). (Résumé anglais).

THIEMANN K.J.

Diagnostic radiologique dans le syndrome postgastrectomie et ulcère postopératoire.

Deutsche med. Wschr., 21 juin 1968, 93, n° 25, 1242-1243 (Bibliogr.).

FONTAINE R., WARTER P., SIBILLY S., BRIDIER J.J. et JAPY C.L.

Les complications de la chirurgie gastro-duodénale et leur traduction radiologique.

J. Radiol, Electrol., mars-av. 1966, 17, n° 3-4, 105-117, 22 fig., 5 tabl. (Bibliogr.).

COMPLICATION AU NIVEAU DU GRELE ET DU MOIGNON

DELLIPIANI A.W., SAMSON R.R. et GIRDWOOD R.H.

Fixation de la vitamine B12 par E. Coli : signification possible en rapport avec le syndrome de l'anse aveugle.

Am. J. Dig.Dis., août 1968, 13, n° 8, 718-726 (Bibliogr.).

HILLEMAND B.

Les complications locales de la chirurgie gastrique (ulcères anastomotiques exclus).

Rev. Praticien, 1 juin 1970, 20, n° 16, 2661-2675 (Bibliogr.).

WOODWARD E.R.

Physiopathologie du syndrome de l'anse afférente.

Surg. Clin. North Amer., av. 1966, 46, n° 2, 411-423 (Bibliogr.).

SOUTHAM J.A.

Occlusion aiguë de l'anse afférente.

Ann. Surg., fév. 1967, 165, n° 2, 323-324.

RIESEL H.

Syndrome aigu de l'anse afférente.

Zbl. Chir., 21 mai 1966, 91, n° 21, 772-775 (Bibliogr.).

URAMO E.

Occlusion aiguë de l'anse afférente. Une observation.

Acta chir.scand., sept. 1966, 132, n° 3, 319-321.

SUNDARAM K.K. et YEO R.

Hémorragie tardive du moignon duodénal après gastrectomie.

Brit. Med. J., 29 Av. 1967, 2, n° 5547, 292 (Bibliogr.).

BARRETT C.R. Jr et HOLT P.R.

Syndrome postgastrectomique de l'anse borgne. Anémie mégaloblastique secondaire à la malabsorption d'acide folique.

Am. J. Med., oct. 1966, 41, n° 4, 629-637 (Bibliogr.).

TURUNEN M.

Syndrome de l'anse afférente.

84è Journée Soc. Allemande Chir. in Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1967, 319, 300-302.

UNGER K.

Trouble de transit dans la région de l'anse afférente après résection gastrique.

Zbl. Chir., 14 janv. 1967, 92, n° 2, 49-58, 17 fig. (Bibliogr.).

ROUX M., VAYRE P. et LEVASSEUR J.C.

Syndrome de l'anse afférente après gastrectomie.

Sem. Hôp. Paris, 14 juin 1968, 44, n° 29/6, 1927-1928.

ALBOT G. et KAPANDJI M.

Les syndromes fonctionnels et organo-fonctionnels de l'anse afférente des gastrectomisés et leur pathogénie.

Sem. Hôp. Paris, 14 janvier 1965, 41, n° 3/I, 134-148, 9 fig. (Bibliogr.).

JANSER J.C., ADLOFF M. et WEISS A.G.

l'occlusion alimentaire, complication rare de la gastrectomie subtotale (à propos de deux cas).

Strasbourg méd., janv. 1966, 17, n° 1, 52-58 (Bibliogr.).

DUMPING - SYNDROME
ET TROUBLES POST-PRANDIAUX

GRENIER J.F., SAVA G., DOREMIEUX J. et WEISS A.G.

Le dumping syndrome. Aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques.

Strasbourg méd., mars 1969, 129, n° 3, 203-213 (Bibliogr.).

ARMAN E., NILSSON L.H. et REIZENSTEIN P.

Etude du dumping syndrome. VI. - Déficience en calcium après gastrectomie partielle.

Am.J.Dig.Dis., mai 1970, 15, n° 5, 455-462 (Bibliogr.).

MYSHKIN K.I., KRAPIVKIN B.V., CHERNOMASHENTSEV A.N. et YARTSEV Y.A.

Importance de la technique de la gastrectomie dans la prévention du dumping syndrome.

Khirurgia (Moscou), 1969, n° I, 21-25 (Bibliogr.).

SULEEVA L.K. et KORSAKOVA E.A.

Sur les troubles fonctionnels après résection de l'estomac en vue du reclassement.

Terapevticheski Arkhiv (Moscou), 1966, 38, n° II, 32-34 (Bibliogr.).
(Résumé anglais).

FRANKFURT L.A.

Pathogénie du dumping syndrome après gastrectomie.

Khirurgia (Moscou), 1967, n° 12, 47-51, (Bibliogr.).

HOCHMAN R., BRENNOM W., KOTTMEIER P.K., ADAMSONS R. et DENNIS C.

Etude du dumping syndrome.

Bull. Soc. internat. Chir., janv.-fév. 1970, 29, n° I, 15-20
(Résumé français).

ROBERTS K.

Physiologie du dumping-syndrome

Méd. et Hyg., 21 av. 1965, 23, n° 684, 397-399.

ROBIN B.

Le dumping-syndrome.

Concours méd., 13 fév. 1965, 87, n° 7, 1020-1026.

SJOBERG H.E. et REIZENSTEIN P.

Etudes alimentaires dans le dumping syndrome. III. - Rétention du calcium administré par voie orale chez les sujets gastrectomisés.

Am.J.Dig.Die., nov. 1967, 12, n° 11, 1156-1159 (Bibliogr.).

BULGAKOV G.A. et KARVONIDI P.G.

Le taux sérique de fer dans le dumping syndrome.

Klinitcheskaja med. (Moscou), 1969, n° 8, 121-124 (Bibliogr.).

ICHABANOW A.N. et NIKOLAJEW

Dumping syndrome après résection gastrique pour ulcère gastro-duodéal et son traitement.

Zbl. Chir., 1967, 92, n° 26a (I), 6èmes Journées scient. chir. R.D.A. Berlin, 27 sept.- 1er oct. 1966, 1276-1279.

WIZNITZER T., ROZIN R., AVIRAM A. et DIAB A.

Le dumping syndrome après chirurgie gastrique.

Arch. Surg., sept. 1965, 91, n° 3, 419-423 (Bibliogr.).

MAGENDIE J. et coll.

Le post-prandium du gastrectomisé. Confrontation radiocinématographique et clinique.

Presse méd., 22 janv. 1966, 74, n° 4, 161-164.

SULLIVAN M.B. jr

L'état actuel de la réaction de dumping post-prandial.

Surgery, av. 1966, 59, n° 4, 645-649 (Bibliogr.).

HUPSCHER D.N.

Etude sur le dumping syndrome après résection gastrique Bilroth II.

J. belge Radiol., 1965, 48, n° 1, 88-91.

ARMAN E. et REIZENSTEIN P.

Etude du dumping-syndrome. IV. Action du traitement par calcium sur le métabolisme du calcium et l'ostéopénie chez le gastrectomisé.

Am.J.Dig.Dis., mars 1969, 14, n° 3, 153-162 (Bibliogr.).

WIZNITZER T., ROZIN P., MENOZEL J. et AVIRAM A.

Etude comparative du dumping syndrome expérimental après différents types comparatifs de chirurgie gastrique.

Am. J. Gastroenterol., fév. 1966, 45, n° 2, 91-98 (Bibliogr.).

LINDENSCHMIDT O.

Dumping syndrome et troubles de l'alimentation.

Bull.Soc.int.Chir., mars-av. 1967, 26, n° 2, 163-179.

CLEMENS M.

Pathogénèse du dumping-syndrome.

Bruns'Beitr.klin.Chir., août 1966, 213, n° 1, 26-39 (Bibliogr.).
(Résumé français).

TROUBLES DU METABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE

LOISEAU J. -Ph.

Contribution à l'étude du métabolisme du calcium chez les gastrectomisés partiels.

Thèse Paris, 1967, n° 157, 54 pages.

IWANOWSKA H. et BILLEWICZ

Ostéomalacie après gastrectomie partielle.

Polski Tygod. Lek., 1966, 21, n° 1, 20-21 (Bibliogr.).

BERNDT H.

Troubles du métabolisme calcique après résection gastrique.

Deutsche Zschr. Verdauungs-Stoff. Wechselkr., 1969, 29, n° 1, 9-12 (Bibliogr.).

SZKLIANNY J., KRZYZANOWSKA-STEFANOWA D.

Décalcification osseuse après gastrectomie partielle due à un ulcère gastro-duodéal.

Polski Tygod. Lek., 1969, 24, n° 41, 1581-1582 (Bibliogr.).

MORGAN D.B. et coll.

l'ostéomalacie après gastrectomie.

Lancet, 27 nov. 1965, n° 7422, 1089-1091 (Bibliogr.).

PRIDIE R.B., HIGGINS P.M. et YATES J.R.

Modifications osseuses après gastrectomie.

Clin. Radiol., av. 1968, 19, n° 2, 148-153, 7 fig. (Bibliogr.).

POYET M.

Ostéoses raréfiantes après gastrectomie. (A propos de 22 observations).

Thès Lyon, 1969, n° 249, 168 p. analysée in Lyon méd., 22 fév. 1970, 223, n° 8, 506-507.

TROUBLES NUTRITIONNELS DIVERS

DELIER D.J.

Résultats fonctionnels et métaboliques de la gastrectomie partielle.

Med. J. Australia, 20 mars 1965, 52-1, n° 12, 405-410, 6 fig. (Bibliogr.).

BRAIN M.C., ANSTALL H.B. et JEEJEEBHOY K.N.

Hypoprotéinémie après gastrectomie.

Am.J.Med., oct. 1965, 39, n° 4, 674-681 (Bibliogr.).

LINDENSCHMIDT C.

Dumping syndrome et troubles de l'alimentation.

Bull.Soc.int.Chir., mars-av. 1967, 26, n° 2, 163-179.

BJORNSTAD P. et coll.

Les taux sériques de lipides chez l'homme après résection gastrique.

Acta chir.scand., 1966, suppl. 357, 122-126.

BERKOWITZ D. et GLASSMAN S.

Métabolisme des hydrates de carbone chez les sujets ayant subi une gastrectomie subtotale.

Am. J. Gastroenterol, août 1966, 46, n° 2, 119-129 (Bibliogr.).

HILLMAN H.S.

Malnutrition post gastrectomie.

Gut, oct. 1968, 9, n° 5, 576-584 (Bibliogr.).

GOVOROVICH E.A., MARKIN S.P. et ELAGINA L.V.

Le taux de vitamine B12 et la composition des protéines sériques dans le syndrome post gastrectomie.

Khirurgia (Moscou), 1967, n° 12, 56-62 (Bibliogr.).

BRETON P. et coll.

Le syndrome multicarentiel tardif des gastrectomisés réalisant un tableau d'hypopituitarisme. Sa réversibilité par rétablissement du transit duodénal.

Gaz.méd.France, 25 fév. 1966, 73, n° 4, 697-704 (Bibliogr.).

BORISOV V.G.

Troubles nutritionnels après résection de l'estomac.

Klinitcheskaja (Moscou), 1967, 45, n° 8, 45-49 (Bibliogr.).
(Résumé anglais).

FRUMUSAN P.

Les complications métaboliques de la gastrectomie.

Monde méd., mai-juin 1966, 76, n° 1039, 1146-1150.

CHEVALIER R.J.

Etude des troubles de la glycorégulation chez les gastrectomisés.
Le diabète des gastrectomisés.

Thèse Paris 1968, n° 879, 144 pages.

PARIS J.

Les complications générales et métaboliques de la gastrectomie.

Rev. Praticien, 1 juin 1970, 20, n° 16, 2703-2716.

TOBE T., KOUCHI M., TANIMURA H. et HUANG C.H.

Hyperglycémie après gastrectomie en tant qu'état prédiabétique.

Arch. Surg., juin 1967, 94, n° 6, 836-840 (Bibliogr.).

ROTH D.A. et MEADE R.C.

Hyperinsulinisme-hypoglycémie chez le malade gastrectomisé.

Diabètes, août 1965, 14, n° 8, 526-528, 5 fig. (Bibliogr.).

CHIMENES H. et coll.

Etude clinique et métabolique des troubles glycorégulateurs des gastrectomisés.
Le diabète des gastrectomisés.

Ann. Endocr., sept. - oct. 1967, 28, n° 5, 611-639, 7 fig. (Bibliogr.).

De la PIERRE M., PALMO A., BALZOLA F., DEMOLE M. et ANDREJEVIC M.

Syndromes de malabsorption chez les gastrectomisés.

Schweiz. Rundschau Med., 6 janv. 1970, 59, n° 1, 4-10, 5 fig. (Bibliogr.).
(Texte français).

DEQUIROT A.

Les troubles métaboliques observés après gastrectomie subtotale pour
lésion bénigne et leur traitement.

Progrès méd., 24 fév. 1966, 94, n° 4, 119-121.

CORSINI G., GANDOLFI E., BONECHI I. et CERRI B.

Malabsorption post-gastrectomie.

Gastroenterology, mars 1966, 50, n° 3, 358-365, 6 fig. (Bibliogr.).

LONGUEVILLE J. et coll.

Hypoglycémie postprandiale tardive du gastrectomisé et utilisation
périphérique du glucose.

Acta gastro-enterol., belg., mars 1967, 30, n° 3, 185-208 (Bibliogr.).

GUDMAND-HOYER E., JARNUM et WORNING H.

L'activité de la disaccharidase intestinale après résection de Billroth II
pour ulcère gastro-duodénal.

Gut, juin 1969, 10, n° 6, 451-453 (Bibliogr.).

L'intolérance aux hydrates de carbone après gastrectomie.

J.A.M.A., 12 sept. 1966, 197, n° 11, 918.

GUERRE J.

Les hypoglycémies des gastrectomisés.

Vie méd. (Enquête), déc. 1966, 47, 1749-1757 (Bibliogr.).

MAUR M., LOPEZ A., POSSE C.A. et CROSETTI E.

Evaluation de la stéatorrhée chez le gastrectomisé.

Prensa. méd.argent., 3 déc. 1965, 52, n° 45, 2848-2850 (Bibliogr.).

MEILHAC B.

Les troubles de la glycorégulation chez les gastrectomisés.

Progrès méd., mars 1970, 98, n° 5-6, 87-91.

Malnutrition post-gastrectomie.

Brit.Med.J., 15 fév. 1969, L, n° 5641, 296-397 (Bibliogr.).

Ostéomalacie après gastrectomie.

Lancet, 25 juin 1966, n° 7452, 140 (Bibliogr.).

JANEV P., BOZDUGANOV A. et KAPON A.

Modifications des protéines du sang chez les gastrectomisés selon Billroth II.

Folia med., 1969, II, n° 4, 184-190, (Bibliogr.). (texte anglais).

WALL A.J. et coll.

Malnutrition après gastrectomie partielle. Influence de la localisation de l'ulcère et du type d'anastomose et rôle de la gastrite.

Am.J.Dig.Dis., nov. 1967, 12, n° 11, 1077-1086, 6 fig. (Bibliogr.).

ANEMIE ET TROUBLES HEMATOLOGIQUES

DEMOLE M.

Anémie post-gastrectomie.

Digestion, 1968, I, n° 6, 370-374.

TURNBULL A.L.

Absorption de vitamine B12 chez les malades porteurs d'anémie après gastrectomie partielle de Polya.

Brit.J.Haemat., sept. 1967, 13, n° 5, 752-763 (Bibliogr.).

HINES J.D., HOFFBRAND A.V. et MOLLIN D.L.

Complications hématologiques de la gastrectomie partielle. Etude de 292 malades.

Am. J. Med., octo. 1967, 43, n° 4, 555-569, 6 fig, (Bibliogr.).

TURNBERG L.A.

Absorption de fer après gastrectomie partielle.

Quart.J.Med., janv. 1966, 35, 107, in Internat.Med.Dig., juin 1966, 82, n° 6, 262-263.

KIMBER C., PATTERSON J.F. et WEINTRAUB L.R.

La pathogénie de l'anémie par déficience ferrique après gastrectomie partielle.

J.A.M.A., 4 déc. 1967, 202, n° 10, 935-938 (Bibliogr.).

RYMKIEWICZ K.

Absorption de la vitamine B12 marquée au Co57 après gastrectomie.

Polski Tygod.Lek., 1966, 21, n° 32, 1223-1225 (Bibliogr.).
(Résumé anglais).

CUETO J., URDAMETA L.F., BELIN R.P. et DORERNECK R.C.

Déficiences en vitamine B₁₂ et en fer après gastrectomie partielle.

Arch. Surg., déc. 1965, 91, n° 6, 995-997 (Bibliogr.).

JOHNSON H.D. et HOFFBRAND A.V.

L'influence de l'extension de la résection, du type d'anastomose et de la situation de l'ulcère sur les effets secondaires hématologiques de la gastrectomie.

Brit.J.Surg., janv. 1970, 57, n° 1, 33-37 (Bibliogr.).

SCHRUMPF A. et GJERTSEN K.

La vitamine B₁₂ sérique et le fer sérique après chirurgie gastrique.

Acta med. scand., déc. 1969, 186, n° 6, 561-564 (Bibliogr.).

CABANEL G., VOOG R. et PHELIP X.

Anémie mégalo-blastique avec macroglobulinémie chez un gastrectomisé cirrhotique.

Semaine Hôp. Paris, 14 juin 1967, 43, n° 29/6, 1921-1927, 8 fig. (Bibliogr.).

GOVOROVICH E.A., MARKIM S.P. et BLAGINA L.V.

Le taux de vitamine B₁₂ et la composition des protéines sériques dans le syndrome post gastrectomie.

Khirurgia (Moscou), 1967, n° 12, 56-62 (Bibliogr.).

WILLIAMS J.A., BAUME P.E. et MEYNELL M.J.

Gastrectomie partielle. La valeur de la vitaminothérapie B₁₂ permanente.

Lancet, 12 fév. 1966, n° 7433, 342-344 (Bibliogr.).

T U B E R C U L O S E

KALNAI E.H. et HEVER O.

Gastrectomie et tuberculose pulmonaire.

Praxis Pneumol., août 1966, 20, n° 8, 477-482 (Bibliogr.).
(Résumé français).

SOKOLINA E.L. et LIFSHITS N.A.

L'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les malades ayant subi une gastrectomie pour ulcère.

Klinitcheskaja (Moscou), 1969, 47, n° 5, 56-59 (Bibliogr.).
(Résumé anglais).

CHOFNAS I. et LOVE R.W. jr

L'état post-gastrectomique et la tuberculose.

Arch. Surg., mai 1966, 92, n° 5, 704-706 (Bibliogr.).

HANNGREN A. et REIZENSTEIN P.

Etude du dumping syndrome. V. - Tuberculose chez le gastrectomisé.

Am.J.Dig.Dis., oct. 1969, 14, n° 10, 700-710, 12 fig. (Bibliogr.).

CHOLTUS J.R.

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire des gastrectomisés-tuberculose pré et postgastrectomie.

Thèse Paris, 1957, n° 446, 66 pages.

PHILLIPS T.J.G.

Influence de la chirurgie pour ulcère gastro-duodénal sur la pneumoconiose et la tuberculose.

Brit. J. Ind. Med., juil. 1970, 27, n° 3, 245-249 (Bibliogr.).

COMPLICATIONS DIVERSES

De FINE OLIVARIUS B.

Séquelles neurologiques de la gastrectomie partielle.

Acta neurol. scand., 1970, 46, suppl. 43, 204, (Bibliogr.).

BARTHELME J.

Hypopituitarisme antérieur avec retentissement polyendocrinien périphérique chez un ancien gastrectomisé présentant un état de dénutrition sévère.

Strasbourg méd., mai 1966, 126, n° 5, 365-372 (Bibliogr.).

MASON M.C. et CLARK C.G.

Troubles psychiatriques après chirurgie pour ulcère duodéal.

Gut, mars 1970, II, n° 3, 258-260 (Bibliogr.).

DEPARIS M., LELUC R., MANIGAN G., AUZEPY P. et DELLUC G.

L'hypoglycémie alcoolique. A propos d'une observation chez un malade atteint d'un syndrome carentiel post-gastrectomie.

Sem. Hôp. Paris, 14 mars 1967, 43, n° 13/3, 858-867 (Bibliogr.).

DALL'OGGIO G.N. et TOGLIANI B.

Les pseudo-alcooliques. Rapports entre alcoolisme et résection gastrique.

Riv. sperim. Freniatria, 28 fév. 1967, 91, n° 1, 100-109 (Bibliogr.).
(texte italien).

PUDLIK B.

L'action de l'alcool éthylique après gastrectomie partielle.

Polski Tygod. Lek., 1966, 21, n° 37, 1404-1406 (Bibliogr.).

OLIVARIUS B.F. et ROOS D.

Myélopathie après gastrectomie partielle.

Acta neurol. scand., 1968, 44, n° 3, 347-362 (Bibliogr.).

BRETON P. et coll.

Le syndrome multicarentiel tardif des gastrectomisés réalisant un tableau d'hypopituitarisme. Sa réversibilité par rétablissement du transit duodéal.

Gaz. méd. France, 25 fév. 1966, 73, n° 4, 697-704 (Bibliogr.).

ULCERE PEPTIQUE

CONDON J.R. et TANNER N.C.

Revue rétrospective de 208 cas prouvés d'ulcère de l'anastomose.

Gut, août 1968, 9, n° 4, 438-441.

ECKMANN L. et PFEIFFER K.

84 ulcères peptiques de la bouche d'anastomose et leur rapport avec la première opération.

Praxis, 8 av. 1965, 54, n° 14, 408-409 (Résumé français)

MAISEL A.

Les ulcères peptiques (à propos de 36 observations).

Thèse Paris, 1967, n° 380, 99 pages.

HULSKAMP P., LANGE W.G. et SOTO ROMAY E.J.

Ulcère peptique post-opératoire.

Prensa méd.argent., 2 juil. 1965, 52, n° 23, 1446-1447.

SMADJA M.

A propos des ulcères anastomotiques. Etude de 50 cas. (en dehors du syndrome de Zollinger-Ellison).

Thèse Paris, 1968, n° 40, 73 pages.

ROZANOV B.S.

Les ulcères peptiques après résection de l'estomac.

Khirurgia (Moscou), 1966, n° 6, 5-10.

MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARC'H M. et MAISEL A.

A propos de 36 cas d'ulcères peptiques postopératoires.

J. Chir., sept. 1967, 94, n° 3, 129-141.

MOREAUX J. et LE QUINTREC Y.

Les ulcères anastomotiques.

Rev. praticien, 1 juin 1970, 20, n° 16, 2635-2659, 12 fig. (Bibliogr.).

LAGAUSIE P. (de), HUGUIER M., PRANDI D. et LORTAT-JACOB J.-L.

Les ulcères peptiques postanastomotiques. A propos de 50 observations.

J. Chir., mai-juin 1970, 99, n° 5-6, 503-510, 11 tabl. (Bibliogr.).

GAUJOUX A.

Statistique d'ulcères peptiques après gastrectomie.

Montpellier chir., 1968, 14, n° 1, 95-100.

LAGACHE G. et coll.

Sur 93 observations d'ulcères peptiques post-opératoires.

Arch. franc. Mal. App. dig., déc. 1969, 58, n° 12, 830.

PIPIA I.K. et KUMSIASHVILI R.N.

Ulcères peptiques de l'anastomose et du jéjunum après résection de l'estomac.

Khirurgia (Moscou), 1966, n° 6, 36-40 (Bibliogr.).

GUNDERSEN A.L. et CLEMONS J.E.

Les résultats de la gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal et anastomotique.

Arch. Surg., déc. 1965, 91, n° 6, 976-982, 8 tabl. (Bibliogr.).

